

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
высшего образования
государственный медицинский университет»** **Министерства здравоохранения
Российской Федерации**
**учреждение
«Тихоокеанский**
Кафедра факультетской педиатрии

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ У ДЕТЕЙ

**Выполнила: студентка 503 группы
педиатрического факультета
Самигулина А.А.**

**Г. Владивосток
2016 г.**

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

- группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются воспалительными и дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка.
- Абсолютное большинство случаев хронического гастрита (85-90%) связано с инфицированием *Helicobacter pylori*. Высокая частота инфекции *H. pylori* в РФ (более 80% среди взрослых) обуславливает высокую частоту хеликобактерного гастрита.
- Хронический аутоиммунный гастрит, характеризующийся образованием антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору Касла, представляет собой редкое заболевание, в 3 раза чаще встречается у женщин. У таких больных существенно увеличен риск пернициозной анемии,



КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Наибольшее клиническое значение имеют две формы хронического гастрита.
 - Хронический аутоиммунный гастрит (около 5% всех случаев хронического гастрита) связан с образованием антител к париетальным клеткам желудка и внутреннему фактору Касла. Его характерный признак — первичное развитие атрофических изменений (воспаление в сочетании с истончением слизистой оболочки, утратой желез, метаплазией эпителия) слизистой оболочки фундального отдела желудка.
 - Хронический гастрит, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori* (около 95% всех случаев хронического гастрита). Структурные изменения слизистой оболочки желудка развиваются у всех инфицированных лиц.



КЛАССИФИКАЦИЯ

2. Хронический гастрит может быть активным (определяют по степени нейтрофильной инфильтрации собственной пластинки эпителия). Хроническое воспаление (лимфоплазмочитарная инфильтрация), атрофия, кишечная метаплазия, активность и *H. pylori* должны быть уточнены в соответствии с четырьмя категориями: отсутствие признака, слабая, умеренная или выраженная степень.

В 1990 г. была предложена Сиднейская классификация хронического гастрита (уточнена в 1994 г. в Хьюстоне). Она учитывает морфологические изменения слизистой оболочки желудка (степень активности, выраженность воспаления, атрофии и метаплазии эпителия, наличие и число микроорганизмов *H. pylori*), топографию (распространённость) поражения (антральный гастрит, гастрит тела желудка, пангастрит), этиологию заболевания (гастрит, связанный с *H. Pylori*, аутоиммунный гастрит и др.). Выделяют особые формы хронического гастрита (гранулёматозный, эозинофильный, лимфоцитарный и реактивный). Сиднейская классификация хронического гастрита содержит и эндоскопический раздел, отражающий наряду с другими характеристиками и наличие эрозий слизистой оболочки желудка и субэпителиальных геморрагии.

В этой классификации выделены следующие варианты заболевания:

- неатрофический гастрит;
- атрофический гастрит.



КЛИНИКА

Клиника хеликобактерного гастрита характеризуется:

- болевым синдромом. Боли при ХБГ, как правило, тупые, возникают сразу после еды, не иррадируют, купируются приемом пищи, антацидами.
- синдромом желудочной диспепсии (тяжесть, давление в подложечной области, отрыжка, срыгивание, тошнота),
- синдромом ацидизма (изжога).

И боль, и желудочная диспепсия всегда имеют связь с приемом пищи.

Кишечная диспепсия - запоры или склонность к ним - характерны для гастрита с высокой или нормальной секрецией.

- При обследовании определяется локальная болезненность в пилородуоденальной зоне или эпигастрии. Может быть положительным симптом Менделя (болезненность при поколачивании эпигастрия).
- Хеликобактерный гастрит иногда может протекать субклинически или проявляться язвенноподобной симптоматикой (умеренно выраженные голодные боли, ночные боли, тошнота, иногда рвота после приема пищи, отрыжка кислым, изжога). Эти симптомы обусловлены повышенной желудочной секрецией и моторными нарушениями, за которые ответственна *H. pylori*.



КЛИНИКА

Хронический аутоиммунный гастрит наблюдают преимущественно в среднем и пожилом возрасте. Он часто сочетается с пернициозной анемией, аутоиммунным тиреоидитом, сахарным диабетом 1-го типа.

Обычно аутоиммунный гастрит характеризуется ощущением тяжести в надчревной области после еды, чувством переполнения желудка. Аппетит снижен. Возможна диарея.



КЛИНИКА

Хронический аутоиммунный гастрит наблюдают преимущественно в среднем и пожилом возрасте. Он часто сочетается с пернициозной анемией, аутоиммунным тиреоидитом, сахарным диабетом 1-го типа.

Обычно аутоиммунный гастрит характеризуется ощущением тяжести в надчревной области после еды, чувством переполнения желудка. Аппетит снижен. Возможна диарея.



ДИАГНОСТИКА

Обязательные лабораторные исследования

- В рамках общеклинического обследования: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, клинический анализ кала, анализ кала на скрытую кровь, определение группы крови и резус-принадлежности. Изменения лабораторных показателей не характерны для хронического хеликобактерного гастрита. В случае атрофического гастрита, сочетающегося с В12-дефицитной анемией, возможны снижение содержания гемоглобина, увеличение цветового показателя эритроцитов, появление мегакариоцитов.
- Биохимические исследования крови: содержание общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, билирубина, трансаминаз, амилазы, сывороточного железа.



ДИАГНОСТИКА

- Выявление инфекции *H. pylori* проводят инвазивными (быстрый уреазный тест, морфологические методы) или неинвазивными (дыхательный тест, определение антител (АТ) к *H. pylori*).

Дополнительные лабораторные исследования

- Исследование антител к париетальным клеткам желудка или внутреннему фактору - обнаружение АТ типично для хронического аутоиммунного гастрита.
- • Исследование уровня пепсиногена 1 — снижение ниже порогового значения свидетельствует об атрофии тела желудка.



ДИАГНОСТИКА

Обязательные инструментальные исследования

- ФЭГДС — основной метод подтверждения диагноза, поскольку он позволяет провести забор биоптатов слизистой оболочки и гистологическое исследование. Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки фундального и антрального отделов желудка проводят для определения патоморфологических изменений и уточнения варианта гастрита.
- УЗИ печени, поджелудочной железы, жёлчного пузыря — для диагностики сопутствующей патологии органов гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.



ЛЕЧЕНИЕ

- Диета. Пища должна быть механически, химически и термически щадящей. Рекомендуют регулярный прием пищи, желательно в одно и то же время, не реже 4-5 раз в день. Питание должно быть полноценным, содержать достаточное количество белка, витаминов, микроэлементов. Исключают грубую клетчатку, блюда из баранины и свинины, жареное, грибы, свежую выпечку и черный хлеб, кофе, шоколад, крепкий чай, газированные напитки, жевательную резинку. При повышенной секреторной функции желудка не рекомендуют также наваристые бульоны, кислые соки и фрукты, широко используют молоко и молочные продукты, разваренные каши. При пониженной секреторной функции можно использовать наваристые бульоны и супы, овощные салаты, показаны кислые соки, кисломолочные продукты.



ЛЕЧЕНИЕ

- С целью эрадикации Нр в настоящее время рекомендуют 7-10-14-дневные курсы мощной тройной или четверной терапии. Терапию продумывают сразу в виде двух линий, при неудаче терапии первой линии назначают вторую, поэтому антибактериальные препараты, уже использованные в терапии первой линии, не должны вновь назначаться во второй. Основной схемой является ИПП (омепразол, рабепразол, эзомепразол), на фоне антисекреторного воздействия которого назначают 2 антибиотика или 1 антибиотик и три калия висмута дицитрат (Де-нол).

Принцип построения схемы: ИПП+АБ+ препараты висмута.

1-я линия:

- - ИПП + кларитромицин + амоксициллин

Длительность терапии рекомендовано пролонгировать с 7 до 14 дней. При 7 дневной терапии в качестве ИПП рекомендовано применять эзомепразол.

Могут быть использованы и другие схемы:

- - ИПП + амоксициллин + Де-нол
- - ИПП + кларитромицин + Де-нол.

2-я линия:

Де-нол+ИПП+кларитромицин+нифурагель (метронидазол или тетрациклин после 12 лет).



Препарат	Доза
Омепразол, рабепразол, эзомепразол	0,5-1 мг/кг до 20 мг 2 раза
Амоксициллин	50 мг/кг до 1 г 2 раза
Кларитромицин	15 мг/кг до 500 мг 2 раза
Метронидазол	20 мг/кг до 500 мг 2 раза
Тетрациклин (с 12 лет)	50 мг/кг до 1 г 2 раза
Коллоидный субцитрат висмута (Де-нол)	120 мг 3-4 раза
Ранитидин-висмут-цитрат (Пилорид)	400 мг 2 раза
Нифуратель	10-30 мг/кг 2 раза
Фуразолидон	10 мг/ кг/ сутки в 3–4 приема до 200 мг на прием

