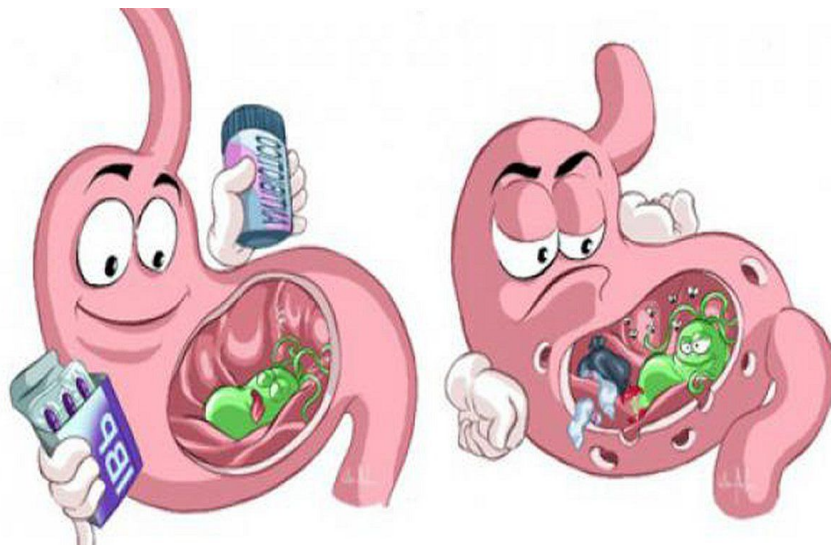


С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ
ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки



Орындаған: Баялы С.Қ.
Топ: 601-2к
Қабылдаған: Ибраева К.Е.

- **Язвенная болезнь** - это хронически протекающее заболевание, при котором образуются язвы в слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки. Для этого заболевания характерна склонность к прогрессированию и развитию различных осложнений. Нередко язвенная болезнь у детей на современном этапе отличается неблагоприятным течением с формированием множественных и хронических язв, которые плохо поддаются консервативной терапии и требуют хирургического вмешательства. Язвенная болезнь может быть диагностирована у детей уже с 5-6-летнего возраста.
- Язвенные поражения в основном (85%) локализуются на передней или задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, у 15% больных отмечаются постбульбарные (внелуковичные) язвы. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 6-7 раз чаще, чем язвенная болезнь желудка.

Определение



НУЖНА
ПОМОЩЬ!

- Основным причинным фактором развития хронической язвы желудка или 12-перстной кишки считают инфекцию Хеликобактер пилори – **H.pylori** (Hp). В разделе “Ликар-гастроэнтеролог/Желудок/Больной, Вы заразились язвой желудка” изложена характеристика этого возбудителя и методы диагностики инфекции.

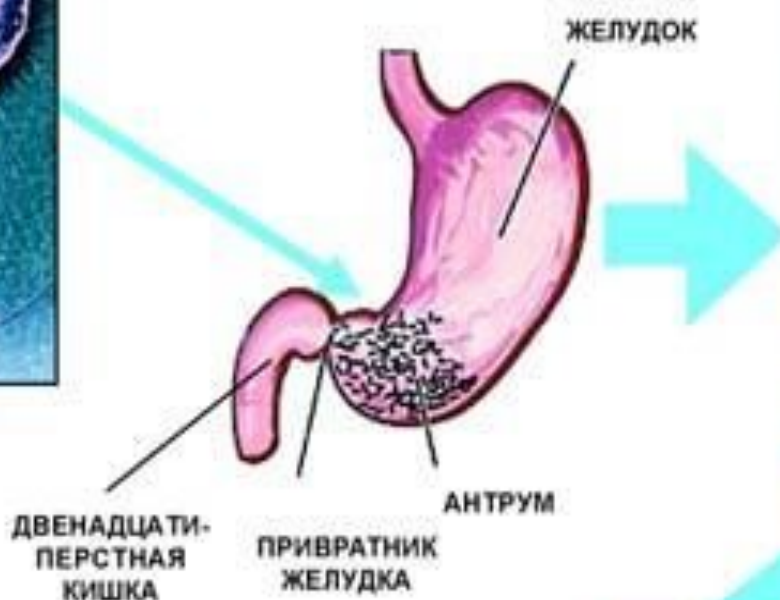
Большую роль в формировании болезни играют **психо-эмоциональные факторы**: психотравмы, повторяющиеся стрессы в жизни ребенка, конфликтные ситуации в семье и школе. Доказана роль **токсико-аллергических факторов**: частый и необоснованный прием лекарств, токсикомания, употребление алкогольных напитков, курение и наркомания у школьников, проявления пищевой и лекарственной аллергии. К факторам риска по развитию язвенной болезни относят **наследственную предрасположенность**, неблагоприятное течение беременности и родов у матери, искусственное вскармливание на первом году жизни.

Причины

I



Helicobacter pylori



II



ПОВЫШЕНИЕ
СЕКРЕЦИИ
ЖЕЛУДОЧНОГО
СОКА

ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИ-
ПЕРСТНОЙ КИШКИ



ВОСПАЛЕНИЕ

III



КРОВОТОЧАЩАЯ ЯЗВА

ЯЗВА ЖЕЛУДКА



ВОСПАЛЕНИЕ

- Генетические факторы, которые способствуют возникновению ЯБ: высокий уровень максимальной секреции соляной кислоты;
- увеличения числа париетальных клеток и их повышенная чувствительность к гастрину;
- дефицит ингибитора трипсина;
- дефицит фукомукопротеидов;
- повышенное содержание пепсиногена в сыворотке крови и мочи;
- избыточная выработка гастрина в ответ на стимуляцию;
- гастродуоденальная дисмоторика - продолжительная задержка пищи в желудке;
- повышение образования пепсиногена;
- недостаточность выработки секреторного Ig A и простагландинов;
- серологические маркеры крови: снижают резистентность слизистой оболочки желудка группа крови 0(1), положительный резус-фактор;
- наследственные маркеры гистосовместимости для ЯБ ДПК - HLA B5 (в украинской популяции - B15, в русской - B14);
- врожденный дефицит антитрипсина;
- отсутствие выделения с желудочным соком факторов системы ABO (риск ЯБ возрастает в 2,5 раза).

Локализация язвы	Клиническая фаза и эндоскопическая стадия	Течение	Осложнения
<p>В желудке:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тело желудка • околопривратниковая <p>В двенадцатиперстной кишке:</p> <ul style="list-style-type: none"> • бульбарная • постбульбарная (около 5% язв) <p>В желудке и двенадцатиперстной кишке</p>	<p>Обострение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I стадия - свежая язва • II стадия - начало эпителизации язвенного дефекта <p>Стихание обострения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • III стадия - заживление язвы <ul style="list-style-type: none"> • без образования рубцов • с формированием рубца • рубцово-язвенная деформация <p>• IV стадия - клиничко-эндоскопическая ремиссия</p>	<p>Лёгкое Средней тяжести Тяжёлое</p>	<p>Кровотечение Перфорация Пенетрация Стеноз</p>

Классификация

- Клиническая картина зависит от локализации процесса и клинико-эндоскопической стадии заболевания.
- **I стадия (свежая язва)**
- Ведущий клинический симптом - **боли в эпигастральной области** и справа от срединной линии, ближе к пупку. Боли возникают натощак или через 2-3 ч после приёма пищи (поздние боли). У половины детей отмечают ночные боли. Выявляют чёткий «мойнигамовский» ритм болей: голод - боль - приём пищи - облегчение. Выражен **диспептический синдром**: изжога (ранний и наиболее частый признак), отрыжка, тошнота, запоры. Поверхностная **пальпация живота болезненна**, глубокая - затруднена вследствие защитного напряжения мышц передней брюшной стенки.
- При эндоскопическом исследовании на фоне выраженных воспалительных изменений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны выявляют дефект (дефекты) округлой или овальной формы, окружённый воспалительным валиком, с дном, покрытым фибриновыми наложениями серо-жёлтого или белого цвета.
- В желудке язвы бывают расположены преимущественно в пилороантральном отделе (обнаруживают чаще у мальчиков).
- В двенадцатиперстной кишке язвы локализуются на передней стенке луковицы, а также в зоне бульбодуоденального перехода. Моторно-эвакуаторные нарушения включают дуоденогастральный рефлюкс и спастическую деформацию луковицы.

Клиническая картина

- **II стадия (начало эпителизации язвенного дефекта)**
- У большинства детей сохраняются **поздние боли** в эпигастральной области, однако они возникают преимущественно днём, а после еды наступает стойкое облегчение. Боли становятся более тупыми, ноющими. Живот хорошо доступен поверхностной пальпации, но при глубокой сохраняется мышечная защита. Диспептические проявления выражены меньше.
- При эндоскопическом исследовании гиперемия слизистой оболочки выражена слабее, уменьшен отёк вокруг язвенного дефекта, исчезает воспалительный вал. Дно дефекта начинает очищаться от фибрина, намечается конвергенция складок к язве, что отражает процесс заживления.
- **III стадия (заживление язвы)**
- Боли в этой стадии сохраняются только натошак, в ночное время их эквивалентом может быть чувство голода. Живот становится доступным глубокой пальпации, болезненность сохранена. Диспептические расстройства практически не выражены.
- При эндоскопии на месте дефекта определяют следы репарации в виде рубцов красного цвета, имеющих различную форму - линейную, циркулярную, звёздчатую. Возможна деформация стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. Сохраняются признаки воспалительного процесса слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также моторно-эвакуаторные нарушения.

Клиническая картина

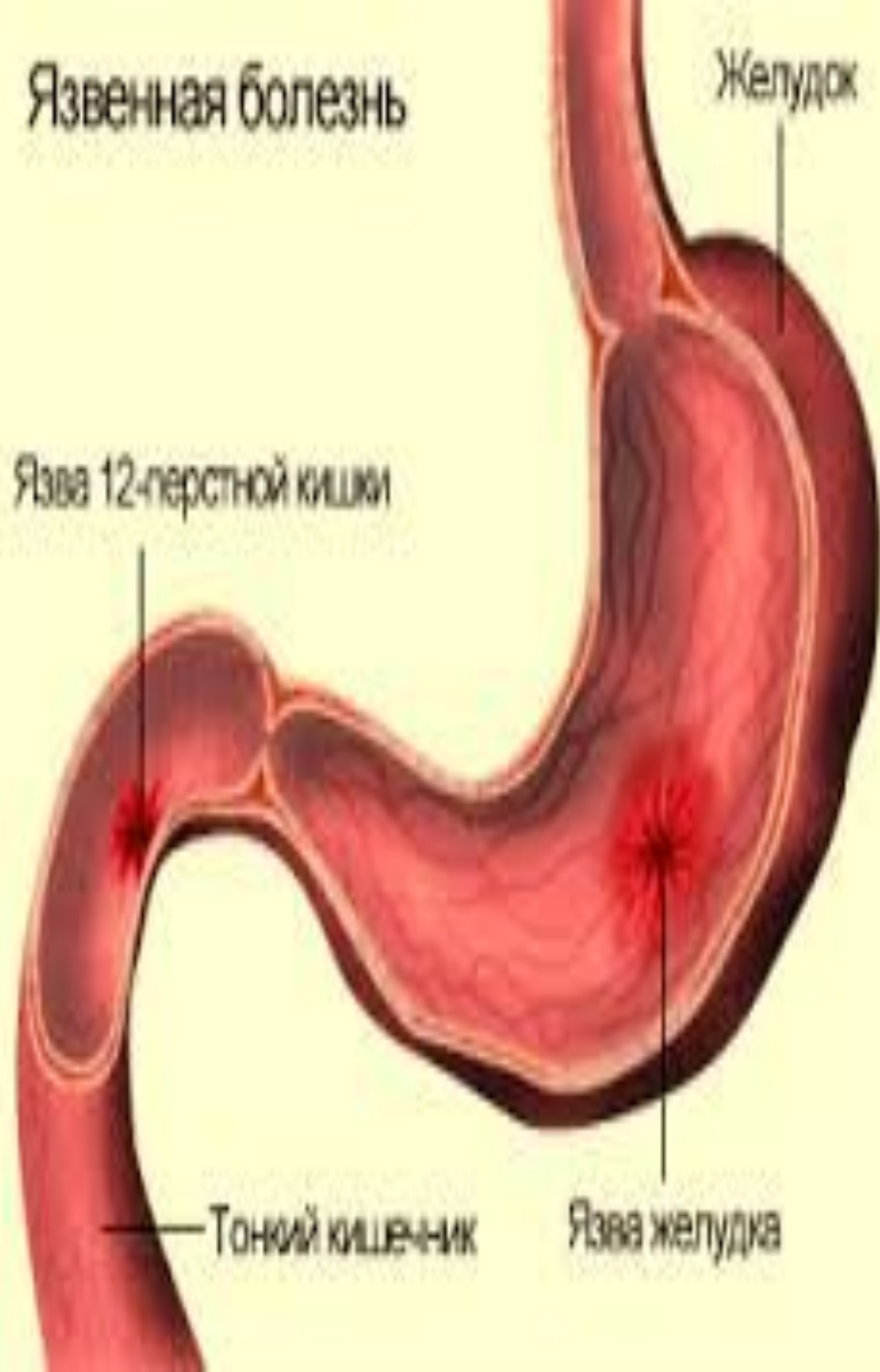
- **IV стадия (ремиссия)**
- Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Пальпация живота безболезненна. Эндоскопически слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки не изменена. Однако в 70-80% случаев выявляют стойкое повышение кислотообразующей функции желудка.

Клиническая картина



Язвенная болезнь

Язва 12-перстной кишки



Осложнения язвенной болезни регистрируют у 8-9% детей. У мальчиков осложнения возникают в 2 раза чаще, чем у девочек.

- **кровотечение**, сопровождающееся рвотой с примесью крови, меленой (черный стул), слабостью, головокружением, тахикардией (учащение сердцебиений);
- **пенетрация** (проникновение язвы в другие органы), характеризующаяся упорным болевым синдромом, резкими болями, иррадирующими в спину, рвотой, не приносящей облегчения, и упорной изжогой;
- **перфорация** (прорыв язвы в брюшную полость), возникающая остро и сопровождающаяся резкой болью в эпигастральной области, напряжением передней брюшной стенки и симптомами раздражения брюшины.

Осложнения

● 1. Лабораторные исследования.

1.1 Обязательные (на современном этапе развития гастроэнтерологии):

- Общий клинический анализ крови.
- Общий клинический анализ мочи.
- Анализ кала на яйца глистов.
- Копроцитограмма.
- Общий белок на белковые фракции крови.
- Гистологическое (цитологическое) исследование во время эндоскопии.
- Тесты на НР: быстрый уреазный, бактериологический, дыхательный уреазный тест, серологический (ИФА), ИФА анализ концентрации антигена НР в кале, полимеразная цепная реакция (ПЦР).
- **Интрагастральная рН-метрия.**

1.2. По показаниям:

- Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).
- Анализ крови на уровень гормонов для выявления гипергастринемии, гиперсоматотропинемии.
- Иммунограмма.

**Параклинические методы
обследования при ЯБ**

- **2. Инструментальные исследования и критерии диагностики:**

Исследование желудочной секреции:

Внутрижелудочная рН-метрия.

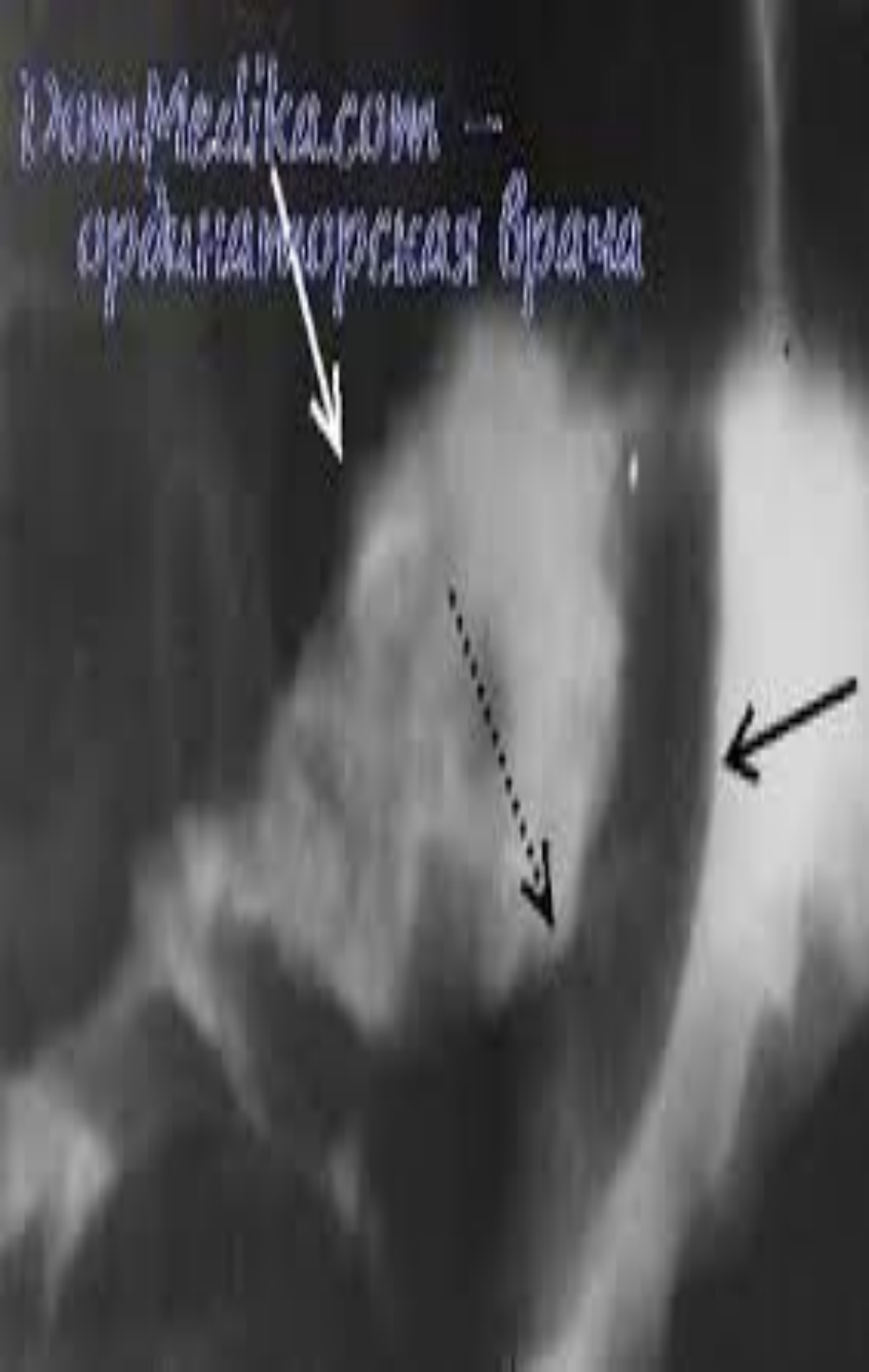
Фракционное исследование желудочного сока (выявление гиперацидности, повышение протеолитической активности).

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) с прицельной биопсией, диагностика НР-инфекции проводится с целью диагностики и через 3-4 недели после начала курса лечения при полной эпителизации язвы.

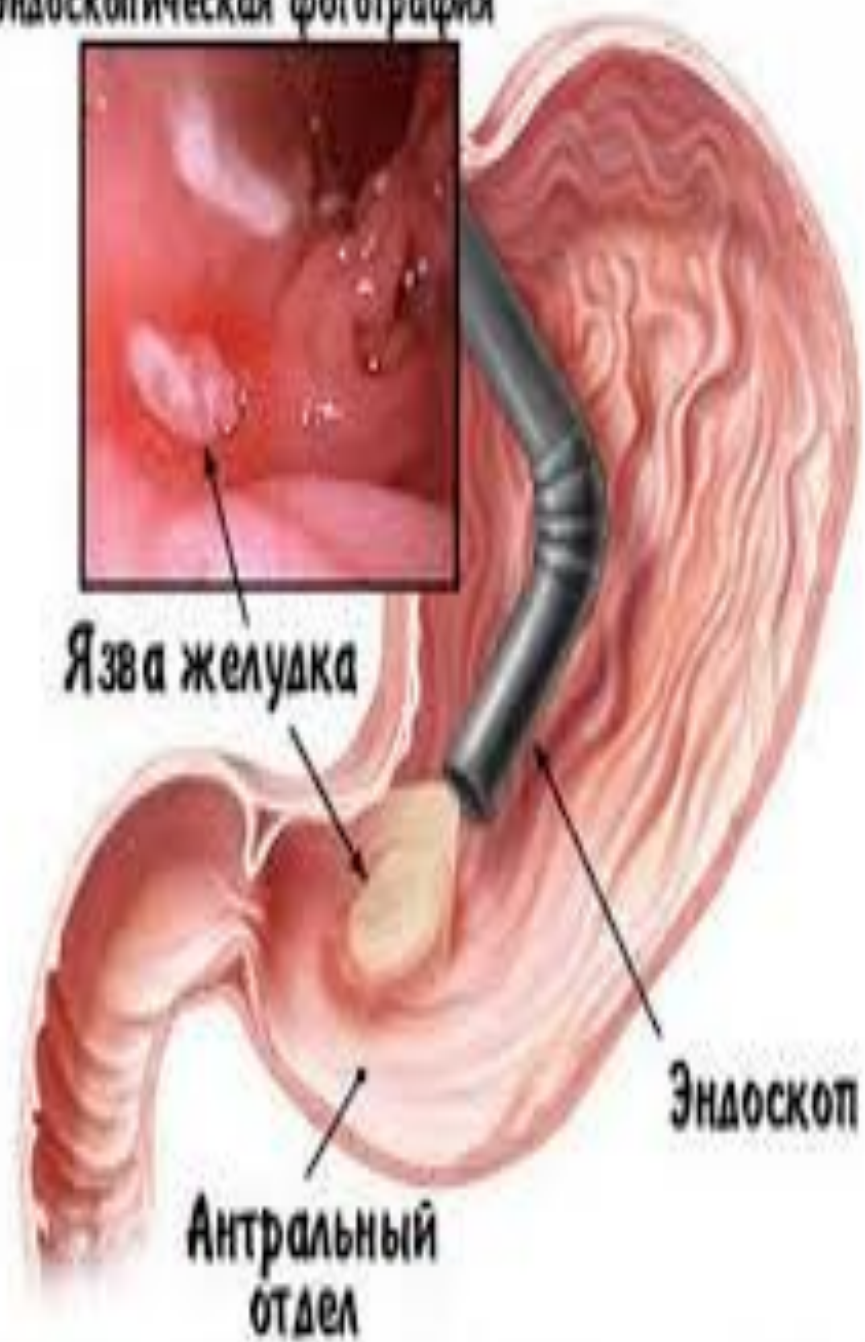
Эндоскопические критерии стадий ЯБ

**Параклинические методы
обследования при ЯБ**

dommedika.com —
средствоморская врач



Эндоскопическая фотография



● Объем лечебных мероприятий зависит от локализации язвы (желудок или ДПК), фазы заболевания, тяжести течения, наличия осложнений, связи с НР, ведущих патогенетических механизмов и клинико-эндоскопического симптомокомплекса. По сложившейся в отечественной педиатрии традиции лечение больного с впервые выявленной ЯБ и при её обострении осуществляется в стационаре. В то же время многие зарубежные педиатры более сдержаны в отношении рекомендации стационарного лечения.

При обострении, средняя продолжительность стационарного лечения составляет около 1 месяца.

1. Режим. В первые недели пребывания в стационаре постельный или полупостельный режим.

2. Питание. Назначаются последовательно диетические столы № 1а, 1б, а потом N5. Учитывая маленькую калорийность вариантов диеты N1, выбор двигательного режима зависит от продолжительности её назначения. В основе диетотерапии ЯБ лежит принцип предотвращения термического, химического и механического раздражающего воздействия на язву. То есть исключается очень горячая или холодная пища, экстрактивные, пряные, блюда, грубая пища богатая пищевыми волокнами. При осложнении ЯБ кровотечением назначают диету Мейленграхта, куда входит пюре обогащенное белками, солями и витаминами.

При НР-ассоциированной язвенной болезни на Украине официально рекомендованы следующие схемы терапии, которые базируются на положениях 2 Маастрихтского Консенсуса 2000 г. При лечении НР-ассоциированных форм гастритов и ЯБ в детей последовательно применяется комбинированная терапия первой и второй линии.

Лечение ЯБ

1. Препараты висмута. Де-нол в разовой дозе 4 мг на 1 кг массы дважды в день, или по 120 мг 2 раза в день (до 7 лет), 240 мг 2 раза в день (после 7 лет). Аналог Де-нола – украинский препарат Гастро-норм

2. Антибиотики:

Амоксициллин (флемоксин-солютаб) в разовой дозе 25 мг на 1 кг веса (максимальная доза не должна превышать 1,0 г); Для детей до 7 лет 500 мг 2 раза в день, после 7 лет 1000 мг 2 раза в день.

Кларитромицин (эритромицин) в дозе 7,5 мг на 1 кг массы тела в сутки в 2 приёма (максимальная суточная доза не должна превышать 500 мг).

Рокситромицин 5-8 мг на 1 кг веса в сутки в 2 приёма (максимальная доза - до 300 мг).

3. Нитроимидазол: метронидазол 250 (до 7 лет) 500 мг (после 7 лет) 2 раза в день или 20-40 мг на 1 кг веса.

4. Нитрофураны: фуразолидон 0,05-0,1 г 4 раза в день, до 20 мг на 1 кг веса в сутки.

5. Блокаторы H₂-рецепторов гистамина: фамотидин 20-40 мг в сутки или ранитидин.

6. Ингибиторы протонного насоса: омепразол в разовой дозе 0,5 мг на кг веса 1-2 раза в день.

Основные препараты, которые применяются для эрадикации НР:

- Цитопротекторы: смекта, сукральфат (вентер), препараты корня солодки (ликвиритон).

Репаранты: облепиховое масло, солкосерил и др.

Прокинетики: домперидон (мотилиум) показаны при нарушениях моторики (рефлюксы, дуоденостаз) на 10-14 дней.

Седативные препараты: персен - на 3 недели; водная настойка валерианы.

Антистрессовые средства: (сибазон) - на 3 недели. При астенодепрессивных проявлениях может назначаться мягкий антидепрессант растительного происхождения – деприм по 1-2 таблетки в сутки в первую половину дня детям старшего возраста и подросткам.

Симптоматическое лечение назначается при наличии остаточных проявлений болевого и диспептического синдромов и включает спазмолитики - дротаверин (но-шпа), галидор, М2-холинолитики) на 10-15 дней, поливитаминные препараты - до 4 недель. Некоторые педиатры-гастроэнтерологи делают акцент на необходимости коррекции медикаментозно-индуцированного дисбактериоза после проведения лечение НР-инфекции.

**После окончания
антихеликобактерной терапии
могут назначаться на 3-4
недели:**

- Подтверждение эрадикации НР получают не раньше, чем за 4 недели во время контрольной ФГДС. При не успешности первого курса терапии переходят к квадротерапии по схемам 2 линии. Следует отметить, что чувствительность НР к различным препаратам имеет существенные региональные особенности и поэтому стандартные схемы эрадикации не всегда себя оправдывают. Например, существующие штаммы НР высокорезистентны к метронидазолу, так как этот препарат широко применялся в нашем отечестве. Альтернативные схемы эрадикационных мероприятий предложенные североамериканскими педиатрами

Медикаментозная терапия назначается с учетом тяжести ЯБ, локализации язвы, состояния секреторной функции желудка.

В современной гастроэнтерологии для лечения ЯБ применяется около 500 препаратов, что косвенно доказывает неэффективность современной медикаментозной терапии. Все таки есть группы препаратов, которые доказали свою эффективность в составе комплексной терапии ЯБ и гастритов не ассоциированных с НР, или имеющих тенденцию к рецидивам и осложнениям. Современная социально-экономическая обстановка на просторах бывшего СССР диктует необходимость учитывать так же фармакоэкономические аспекты лечения (его стоимость) и возможность следовать рекомендациям врача.

- Больным с повышенной кислотностью желудочного сока обязательно назначают антациды для блокирования кислотного и пептического факторов. В педиатрии отдают предпочтение антацидам, которые не всасываются.

Альмагель. Альмагель комбинированный препарат гидроокиси алюминия и гидроокиси магния. В состав Альмагеля А входит ещё и анестезин, который прибавляет к антацидному эффекту обезболивающее действие. Назначают через 1,5-2 ч. после приема пищи или на ночь. Перед употреблением препарат взбалтывают. Разовая доза для детей до 10 лет 1/2 чайн. ложк., 10-15 лет 1 чайн. ложке.

Фосфалюгель. Наряду с блокадой кислотного-пептического фактора повышает защитный барьер СОЖ, имеет большую буферную емкость. Эффект препарата определяется коллоидным фосфатом алюминия, который имеет тройной лечебный эффект, благодаря соединению антацидного, обволакивающего эффекта и адсорбирующего действия. Назначается по 1-2 пакетика 3-4 раза в день.

Маалокс. Сочетание альгедрата и магния гидроксида. Применяется как адсорбирующее, обволакивающее и антацидное средство по 10-15 мл суспензии 3-4 раза в день. Детям назначают в виде суспензии по 1 чайн. ложке 3 раза в сутки. Перед употреблением суспензию гомогенизируют, встряхивая флакон.

Гастал. Антацидный препарат, который эффективно снижает повышенную кислотность желудочного сока без последующей гиперсекреции. Алюминия гидроксид адсорбирует и преципитирует пепсин в желудочном соке, обратно инактивируя его. Применяется у детей по 1,5 табл. 4-6 раз в сутки. Большинство антацидов целесообразно назначать (комбинируя препараты) 4-5 раз на день и обязательно на ночь.

Эффективность действия антацидов возрастает при их сочетании с цитопротекторами, то есть препаратами, которые защищают СОЖ от действия факторов агрессии.

Антациды



● **Сукральфат.** Алюминиевая соль сульфатированной сукрозы полученной из корня солодки. Создает защитную пленку на СОЖ и ДПК, снижает активность пепсина. В кислой среде желудка образует вязкую полимерную пастообразную массу, которая обладает щелочными свойствами. Выборочно защищает пораженные участки слизистой оболочки от влияния агрессивных факторов, таких как соляная кислота, желчь и пепсин. Оказывает содействие секреции слизи, простагландинов и бикарбонатов в СОЖ и ДПК. Применяют внутрь, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды, за 1 ч до еды и перед сном. Детям – по 0.5 г – 1.0 г. 4 раза в сутки (в том числе 1 раз на ночь) на протяжении 4-6 недель.

Цитопротекторные свойства имеют искусственные простагландины - мизопростол (сайтотек, цитотек и др.). Эта группа препаратов оказывает содействие слизи образованию, секреции бикарбонатов, улучшает микроциркуляцию. Мизопростол подросткам применяют внутрь, во время пищи и на ночь, при эрозиях и язвах желудка и ДПК - по 200 мкг 3-4 раза в сутки, возможно применение по 400 мкг 2 раза в сутки (последний прием перед сном). Продолжительность курса лечения - 4-8 недель.

Коллоидная соль висмута создает на поверхности язв и эрозий защитную пленку, которая предохраняет СОЖ от действия агрессивного желудочного сока. Препарат увеличивает синтез простагландина E2, что стимулирует образование слизи и секрецию бикарбонатов. Назначается по 1 таблетке 3 раза в день и перед сном.

Цитопротекторы

- **Метацин.** Взаимодействуя с М-холинорецепторами, препятствует связыванию с ними ацетилхолина. Устраняет спазмы желудка и ДПК, нормализует моторику. Превосходит атропин по болеутоляющему эффекту. Имеет антисекреторное и антацидное действие. Детям назначают внутрь до еды в возрастных дозировках 4-7 лет - 0,001-0,0015 г 2-3 раза в день, 8-14 лет - 0,002-0,004 г 2-3 раза в день. п/к, в/м с 4-7 лет - 0,3 мл-0.4 мл 1-2 раза 8-14 лет-0.5-1,0 мл 1-2 раза в день. Курс 7-10 дней

Пирензепин (гастроцепин) - специфический ингибитор желудочной секреции, селективный блокиратор М1 – холинорецепторов обкладочных и основных клеток СОЖ. Угнетает продукцию соляной кислоты и пепсина. Дозировка у детей дошкольного возраста 1/2 табл.(0,0125 г) 2 раза в день, а у школьников 1 табл. (0,025 г) 2 раза в день.

Периферические м-холиноблокаторы



- При болевом синдроме, спастических состояниях ЖКТ назначается дротаверин (но-шпа, но-х-ша, дротаверин-КМП) миотропный спазмолитик назначается в возрасте от 6 до 12 лет в таблетках по 20 мг 1-2 раза в сутки пору. Детям старшего возраста разовая доза до 40 мг. При выраженном болевом синдроме назначают в/м и в/в.

Галидор. Назначают внутрь, по 100-200 мг (1-2 табл.) 1-2 раза в сутки на протяжении 3-4 нед. потом переходят на поддерживающую терапию по 100 мг 2 раза в сутки. Детям дошкольного возраста 50 мг 2 раза в день, школьникам 50-100 мг 2-4 раза в день. Максимальная суточная доза внутрь составляет 400 мг. В urgentных ситуациях, при тяжёлом течении заболевания - в/в медленно струйно, капельно, растворяя препарат в физиологическом растворе по 50-100 мг 1-2 раза в сутки, в/м 50 мг 1-2 раза в сутки. Средняя продолжительность курса - 3-4 нед.

Миотропные спазмолитики

- При нарушениях гастродуоденальной моторики - желудочно-пищеводных рефлюксах, нарушениях моторики желудка назначают метоклопрамид (церукал). Детям 3-14 л. максимальная разовая доза для внутреннего или парентерального применения 0,1 мг/кг массы. Кратность приема 3-4 раза в сутки за 30 мин. до еды. Максимальная суточная доза 0,5 мг/кг массы тела. Побочные действия церукала - экстрапирамидные расстройства, вялость и др. В последнее время отдают предпочтение прокинетикам, которые имеют меньше побочных действий, чем метоклопрамид - домперидон (мотилиум). Мотилиум назначают внутрь за 30 мин. до еды пищи. Детям старше 5 лет при хронических диспептических явлениях - по 10 мг 3-4 раза в сутки и, в случае необходимости, дополнительно перед сном.

Прокинетика

- Патогенетически обосновано назначение больным препаратов – блокаторов H₂ рецепторов гистамина, что снижает секрето- и кислотообразование, в особенности в ночное время. Представителем первого поколения этих препаратов есть циметидин, который назначают в дозе 15-20 мг на 1 кг массы тела в сутки (этим препаратом у детей пользуются редко, поскольку он вызывает гинекомастию и ряд других побочных действий).

Препараты второго и третьего поколения блокаторов H₂-рецепторов гистамина значительно более эффективные и безопасные. Хорошо апробирован ранитидин в дозе 2-6 мг на 1 кг массы дважды на день на протяжении 3-4 недель. Фамотидин 1-2 мг/кг массы в сутки (20-40 мг) на 2 приема на протяжении 4-6 нед.

Блокаторы H₂-рецепторов гистамина

- Эффективны в лечении язвенной болезни ингибиторы протонной помпы (ИПП) омепразол (омез) 0,5-1,5 мг/кг утром и вечером (10 мг 2 раза в день у детей до 10 л. по 20 мг 2 раза в день у детей старше 10 л.), курс лечения около 2 недель. Более эффективны современные ИПП – лансопразол, рабепразол, нексиум и др., но в педиатрической практике еще недостаточно апробированы, и поэтому могут применяться только у подростков.

Ингибиторы протонной помпы

- С целью стимуляции процессов заживления при ЯБ может применяться солкосерил по 0,5-2,0 мл в/м в зависимости от возраста на протяжении 2-3 недель. Не утратило своего значения как репаратант, масло из плодов и листьев облепихи, которое назначается по 1 чайн. ложке 3 раза в сутки (применение ограничено при сопутствующих поражениях поджелудочной железы). При долго не заживающих эрозивно-язвенных поражениях иногда применяют биостимуляторы типа алое, препаратов крови и др.

Стимуляторы репаративных процессов

- С целью устранения расстройств регулирующих функций ЦНС и снятия эмоциональной напряженности показаны седативные средства и транквилизаторы - курс 2-3 нед. Наиболее широко употребляют диазепам (сибазон), хлордиазепоксид, феназепам. Препараты на базе растительных компонентов - персен и др. При сочетании ЯБ с выраженными психовегетативными нарушениями и расстройствами дуоденогастральной моторики назначают сульпирид (эглонил) в дозе 5 мг/кг массы в сутки.

Седативные препараты и транквилизаторы

- Роль физиотерапии в лечении ЯБ в настоящее время не определенная, и потому второстепенная. Следует в отдельности подчеркнуть, что необходимость и полезность физиотерапевтического лечения ЯБ признается не всеми педиатрами.

В фазе обострения заболевания для нормализации секреторной и моторной функции желудка, а также повышение трофики СОЖ может назначаться: высокочастотная электротерапия (ВЧ) - индуктотермия; Сверхвысокочастотная терапия (СВЧ) или микроволновая терапия: сантиметровая или дециметровая; электротерапия импульсными токами (дидинамотерапия). При выраженном болевом синдроме применяются дидинамические токи, электрофорез со спазмолитиками.

При снижении секреторной деятельности желудка назначается: гальванизация области желудка; электрофорез с кальцием по поперечной методике; электростимуляция с помощью дидинамических токов.

В фазе неполной ремиссии: магнитотерапия, электросон, теплолечение (парафиновые, озокеритовые аппликации и др.), водолечение.

Для нормализации моторно-эвакуаторной функции желудка и повышения трофики СОЖ применяется лазерная и магнито-лазерная терапия.

Противопоказания для физиотерапевтического лечения тяжелое течение заболевания, кровотечение, индивидуальная непереносимость отдельных физиотерапевтических методов.

Из не медикаментозных методов лечения применяются: рефлексотерапия, фитотерапия, гомеопатия, микроволновая резонансная терапия.

Физиотерапия

- • перфорация, пенетрация,
- массивное кровотечение, которое не прекращается,
- рубцовый субкомпенсированный дуоденальный стеноз.

Показания к хирургическому лечению ЯБ

- Больные ЯБ находятся под диспансерным наблюдением районного детского гастроэнтеролога. В период полной ремиссии показано дозированная физическая активность, но следует избегать поднятия большого веса, резких движений, избегать большой нагрузки на брюшной пресс. При тяжелом, рецидивирующем течении ЯБ осенью и весной проводят курсы амбулаторного протирецидивного лечения продолжительностью 3-4 недели. С целью предотвращения рецидива рекомендуется обследование на НР, а при необходимости и санация ближайшего окружения больного. По возможности следует проводить эрадикацию НР не только у ребенка, но и у членов семьи, так как вероятность реинфицирования достаточно велика.

Для профилактики рецидивов обычно назначается более жесткая диета, антациды, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина. Кратность диспансерных обследований не меньше 2 раз в год; кратность эндоскопического исследования - не менее 2-3 раз в год или индивидуально.

Критерий выздоровления - полная клинико-эндоскопическая ремиссия на протяжении 5 лет, после чего дети снимаются из диспансерного учета.

Диспансерное наблюдение

- 1. Запруднов А.М. Болезни органов пищеварения у детей: в чем причина? // Врач. 1998. N5. С.14-16.
- 2. Зокиров Н.З. Роль Helicobacter pylori в гастродуоденальной патологии детского возраста // Педиатрия. 1988. N1. С.76-82.
- 3. Лапина Т.Л. Язвенная болезнь: возможности лечения на пороге нового века // Consilium medicum. 2000. Т. 2, N7. С. 275-279.
- 4. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения // Справочное руководство для врачей "Р-ВРАЧ". Приложение к журналу "Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств". 1999. N 3. С.7-12

Литература



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ