Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии

- Патология органов пищеварения занимает одно из первых мест в структуре соматической заболеваемости

- За последние годы распространенность заболеваний пищеварительного тракта увеличилась с 8,6 до 18 %

Факторы, способствующие развитию заболеваний ЖКТ

- Наследственность
- Инфекция
- Острый и хронический стресс
- Изменение характера питания
- Экологическое и социальное неблагополучие

- Функциональные и органические заболевания органов пищеварения, формирующиеся в периоды наиболее интенсивного роста и развития ребенка, когда физиологические функции организма наиболее неустойчивы и ранимы, часто приводят к развитию тяжелой патологии у взрослых.

Гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

Под ГЭРБ понимают развитие широкого спектра поражений пищевода, а также экстрапищеводных проявлений, причиной которых является патологический заброс содержимого желудка в пищевод.

Гастро-эзофагальный рефлюкс (ГЭР) - непроизвольное затекание или заброс желудочного, либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод

Физиологический ГЭР – периодические, непродолжительные, не связанные с глотанием спонтанные расслабления НПС (не более 20-30 эпизодов за сутки, преимущественно днем)

Патологический ГЭР возникает при длительной экспозиции кислого желудочного содержимого в пищеводе и характеризуется:

- частыми и длительными эпизодами рефлюксов;
- симптомами поражения слизистой оболочки пищевода и других органов;
- наблюдается днем и ночью.

Основная причина патологического ГЭР – недостаточность кардии

Относительная ***недостаточность кардии*** развивается при повышении внутрибрюшного давления вследствие:

- пилоростеноза;
- нарушений моторной функции желудка;
- язвы привратника и пилорического отдела желудка;
- дуоденостаза;
- заболеваний кишечника;
- запоров;
- ожирения.

***Абсолютная* недостаточность кардии** развивается при:

- пороках развития пищевода;
- оперативных вмешательствах на кардии и пищеводе;
- дисплазии соединительной ткани;
- морфофункциональной незрелости ВНС, поражении ЦНС;
- приеме некоторых лекарственных средств (седативные, транквилизаторы, барбитураты, нейролептики, антагонисты кальция, β-адреноблокаторы, холинолитики, нитраты, производные теофиллина, анальгетики и др.)

Факторы агрессии при ГЭРБ:

- ГЭР (кислотный, щелочной);
- гиперсекреция соляной кислоты;
- лизолецитин и желчные кислоты;
- некоторые лекарственные средства;
- некоторые продукты питания (кофе, крепкие бульоны, цитрусовые, кислые соки, жирная пища и др.)

Факторы защиты:

- антирефлюксная функция НПС:
- ощелачивающее действие слюны
- эффективный клиренс пищевода
- тканевая резистентность слизистой (слизь, бикарбонаты)
- своевременная эвакуация желудочного содержимого

Клинические проявления ГЭРБ

Пищеводные симптомы:

- изжога, загрудинные боли;
- упорная рвота и срыгивания (регургитация);
- отрыжка;
- одинофагия;
- дисфагия

Внепищеводные проявления ГЭРБ:

- гипотрофия;
- ночной кашель;
- ЛОР-патология (рецидивирующие ларингит, фарингит, отит);
- рефлекторный ларингоспазм, апноэ;
- рефлекторный бронхоспазм;
- пневмония;
- нарушение сердечного ритма;
- повреждение зубной эмали.

Осложнения ГЭРБ:

- пищевод Барретта
- пептическая язва пищевода
- стриктура (стеноз) пищевода

Диагностика ГЭРБ

1. ***Эндоскопическое исследование***:
   оценка состояния кардии;
   выявление эзофагита;
   возможность проведения прицельной биопсии

Классификация эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита

1 степень – умеренно выраженная очаговая эритема
2 степень – тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с фибринозным налетом и появлением единичных эрозий
3 степень – распространение воспаления на грудной отдел пищевода, множественные эрозии, расположенные циркулярно
4 степень – язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Баррета

2. Внутрипищеводная pH-метрия (суточный pH-мониторинг)

Показатели	Норма	
	дети раннего возраста	старшие
Общее время pH ниже 4, % стоя лежа	до 5	4,5 8,4 3,5
Число эпизодов ГЭР	до 27	46,9
Число эпизодов ГЭР длительностью более 5 мин.	до 5,8	3,5
Максимальная продолжительность эпизода ГЭР, мин	до 22,5	20

3. ***Рентгенологическое исследование***

4. ***Гистологическое исследование*** при:

расхождении между эндоскопическими и рентгенологическими данными в неясных случаях;
атипичном течении эрозивно-язвенного эзофагита;
подозрении на метаплазию эпителия (пищевод Барретта)

5. ***Интраэзофагеальная импедансометрия*** позволяет:

зафиксировать ГЭР, оценить его высоту и продолжительность, относительный объем рефлюктата;

оценить моторную функцию пищевода (пищеводный клиренс и агрессивность рефлекса)

6. ***Манометрия пищевода*** – исследование функции НПС

7. ***УЗИ:***

диаметр пищевода в нижней трети более 11 мм (во время глотка более 13 мм) – выраженная недостаточность кардии

диаметр пищевода в нижней трети более 13 мм (во время глотка 15 мм и более) – скользящая ГПОД

8. ***Желудочно-пищеводная сцинтиграфия*** позволяет оценить:

клиренс пищевода;

скорость эвакуации желудочного содержимого;

выявить рефлюкс-индуцированную микроаспирацию

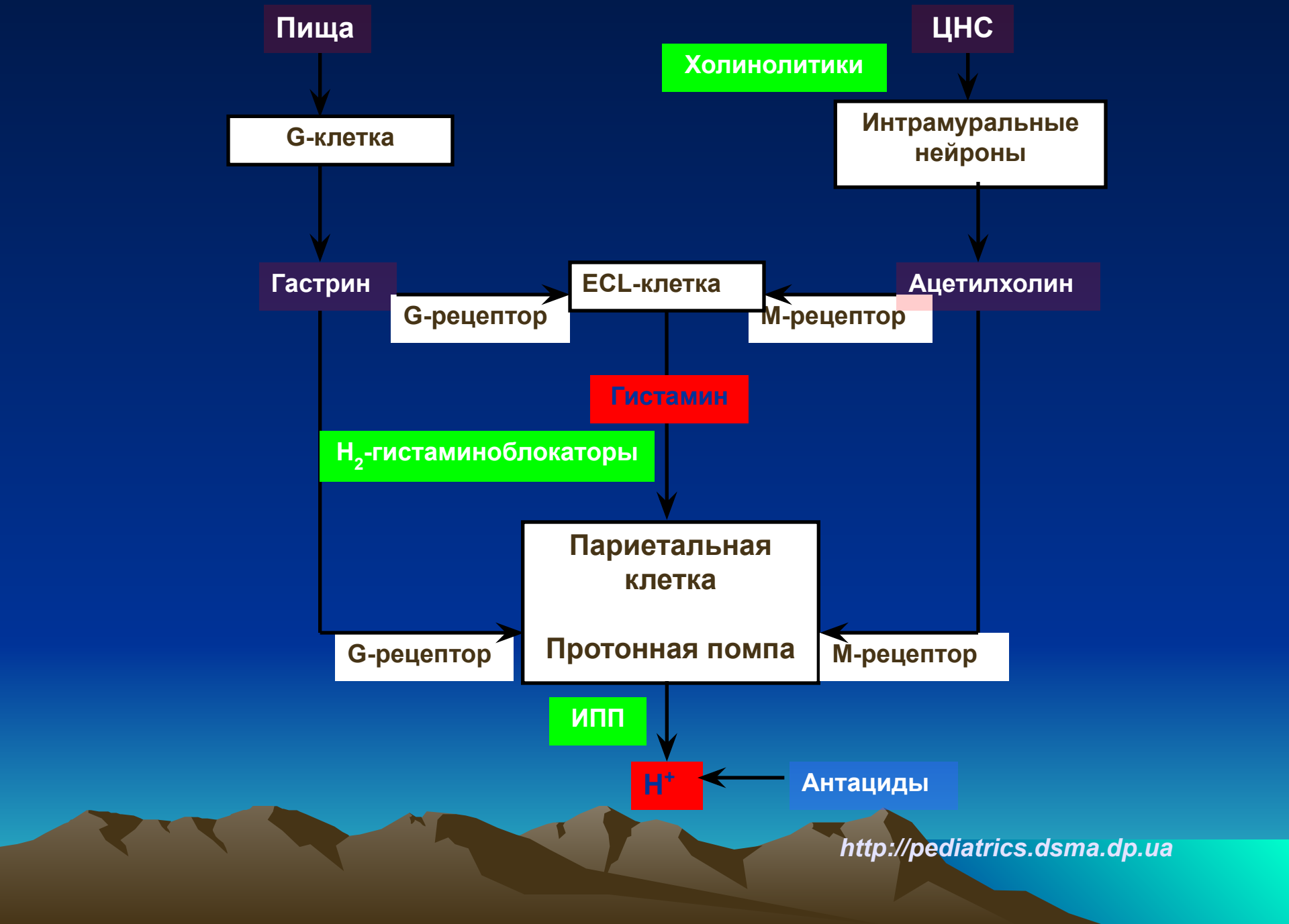
Лечение ГЭРБ

Рекомендации по изменению образа жизни (1):

- диетические ограничения:
  - снизить потребление жира;
  - повысить потребление белка;
  - снизить объем потребляемой пищи;
  - избегать приема раздражающих продуктов;
- приподнимать головной конец кровати во время сна не менее чем 15 см;
- не есть перед сном, не лежать после еды;

Лечение ГЭРБ

- **Рекомендации по изменению образа жизни (2):**
- **избегать глубоких наклонов, длительного пребывания в согнутом положении, поднятия тяжестей более 8-10 кг на обе руки, упражнений с напряжением мышц передней брюшной стенки;**
- **избегать ношения тугих поясов, резинок, тесной одежды;**
- **снизить массу тела при ожирении;**
- **отказ от курения, употребления алкоголя;**
- **ограничить прием медикаментов, снижающих тонус НПС.**


Пища
ЦНС
Холинолитики
G-клетка
Интрамуральные нейроны
Гастрин
ECL-клетка
Ацетилхолин
G-рецептор
M-рецептор
Гистамин
H_2-гистаминоблокаторы
Париетальная клетка
Протонная помпа
G-рецептор
M-рецептор
ИПП
H^+
Антациды
http://pediatrics.dsma.dp.ua

Медикаментозная терапия

ГЭРБ без эзофагита:

Прокинетик + антацид 2-3 нед.

ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом I степени:

Прокинетик + антацид 3-4 нед.

ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом II степени:

Прокинетик 3-4 нед. + антисекреторный препарат 2-3 недели, затем антацид 3-4 нед.

ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом III-IV степени:

Прокинетик + антисекреторный препарат + сукральфат 4 нед.

Прокинетики

- Метоклопрамид *(церукал)*
  - проникает через ГЭБ
  - в 20 % случаев возникают экстрапирамидные расстойства
  - возможно повышение уровня пролактина
- Домперидон (*мотилиум, моторикум, мотониум, перилиум и т.д.)*
- Цизаприд *(препульсид, координакс)*
  - Наиболее эффективен при ГЭРБ
  - Вызывает удлинение интервала Q-T

Антацидные препараты

- **Всасывающиеся:**
  - Натрия гидрокарбонат
  - Кальцийсодержащие
- **Невсасывающиеся:**
  - Алюминийсодержащие
  - Магнийсодержащие
  - Висмутсодержащие

Алюминийсодержащие препараты

Антипептическая способность

Усиление синтеза PgE2

Формирование защитной пленки на поврежденной ткани

Адсорбция желчных кислот и пепсина

Ослабление моторики

Магнийсодержащие препараты

Антипептическая способность

Усиление слизеобразования

Повышение резистентности слизистой оболочки желудка

Усиление моторики

Состав (мг/5 мл) и кислотно-нейтрализующая активность (мэкв/5 мл) некоторых антацидных препаратов

Препарат	$Al(OH)_3$	$Mg(OH)_2$	Al/Mg	Активность
Маалокс	175	199	0,9	13
Алмагель	300	100	3,0	15,5
Альмагель Нео	340	395	0,86	26,55
Гелусил-М	300	200	1,5	15
Ди-гель	200	200	1	18

Цитопротективный эффект алюминийсодержащих антацидов реализуется за счет:

- **связывания повреждающих слизистую оболочку агентов (желчные кислоты, цитотоксины, лизолецитин)**
- **стимуляции синтеза простагландинов и гликопротеинов, секреции бикарбоната и защитной мукополисахаридной слизи**

Фосфалюгель

(коллоидный фосфат алюминия)

- постепенное снижение уровня кислотности желудочного содержимого до pH 3,0 не приводит к возникновению «кислотного рикошета»
- кислотонейтрализующая способность зависит от уровня кислотности: чем выше кислотность, тем активнее действие этого препарата
- не ограничивает ферментативные процессы
- не влияет на метаболизм фосфора
- интенсивная связь со стенками пищеварительного тракта и адсорбция вредных веществ

Гидроталцит (тальцид)

- постепенное высвобождение ионов алюминия и магния в зависимости от состояния pH желудочного содержимого
- быстрая и продолжительная нейтрализация соляной кислоты с поддержанием pH, близким к нормальному уровню
- защитное действие на слизистую оболочку желудка с уменьшением протеолитической активности пепсина
- связывание желчных кислот

Гавискон

- Содержит натрия альгинат, калия бикарбонат, кальция карбонат, натрия гидроксид, карбомер
- При взаимодействии с желудочным соком образует слой геля альгиновой кислоты на его поверхности, имеющий близкое к нейтральному значение pH, покрывающий стенки желудка, предупреждая тем самым появление гастроэзофагеального рефлюкса
- Применяется у детей старше 12 лет

Схема назначения антацидных препаратов

При гастродуоденитах и язвенной болезни:

через 1 час после еды;

через 3 часа после еды;

на ночь и сразу после сна до завтрака;

При ГЭР:

через 20-30 минут после приема пищи;

на ночь.

Блокаторы гистаминовых рецепторов

I поколение

Циметидин обладает серьезными отрицательными эффектами:

Диарея, головные боли, транзиторные артралгии и миалгии, нейтропения, нарушение полового развития у мальчиков

II поколение - *Ранитидин*

III поколение - *Фамотидин*

IV поколение - *Низатидин*

V поколение - *Роксатидин*

- **могут применяться в комбинации с антигеликобактерными средствами**
- **при исходном нормальном уровне гастрина могут приводить к гипергастринемии, при этом в случае исходной гипергастринемии уровень гастрина в крови не меняется**
- **утреннюю секрецию снижают на 1/2, вечернюю - на 3/4**

Ингибиторы протонной помпы

Омепразол, пантопразол, лансопразол, рабепрозол, эзомепразол

препараты, блокирующие образование соляной кислоты на уровне водородно-калиевого насоса в мембране париетальных клеток (PPI - Proton Pump Inhibitors).

- **могут в течение 24 часов контролировать выделение соляной кислоты независимо от вида стимуляции,**
- **к ним не вызывается толерантность,**
- **не развивается синдрома "рикошета" после их отмены,**
- **нет каких-либо выраженных побочных эффектов при их приеме.**
- **при совместном использовании с макролидами (рокситромицином или кларитромицином) отмечается повышение биодоступности обеих групп препаратов**

http://pediatrics.dsma.dp.ua

Сукральфат (вентер)

представляет собой аморфное вещество, которое в разбавленных кислотах образуует характерную пастообразную массу в результате частичной деалюминизации молекулы сукральфата

- **обладает незначительным антацидным действием**
- **степень сцепления с поверхностью язвенного дефекта образовавшейся полимерной пленки в 6-7 раз выше таковой с интактной поверхностью**
- **повышает синтез простагландинов в слизистой оболочке ЖКТ**
- **способствует приросту количества цитохромов**
- **тормозит адгезию пилорического геликобактера на поверхности эпителия**
- **адсорбирует пепсин и желчные кислоты**
- **тормозит эвакуацию содержимого из желудка**

Диспансерное наблюдение и тактика при ГЭРБ

ФЭГДС **1 раз в год при отсутствии симптомов**

При частом рецидивировании **(более 2 раз в год) – поддерживающая терапия омепразолом 0,5 мг/кг/сут или хирургическое лечение**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

хроническое, циклически протекающее заболевание, характеризующееся язвообразованием в желудке и/или луковице 12-перстной кишки, а также (реже) в постбульбарных отделах.

Язвенная болезнь желудка
и
двенадцатиперстной кишки

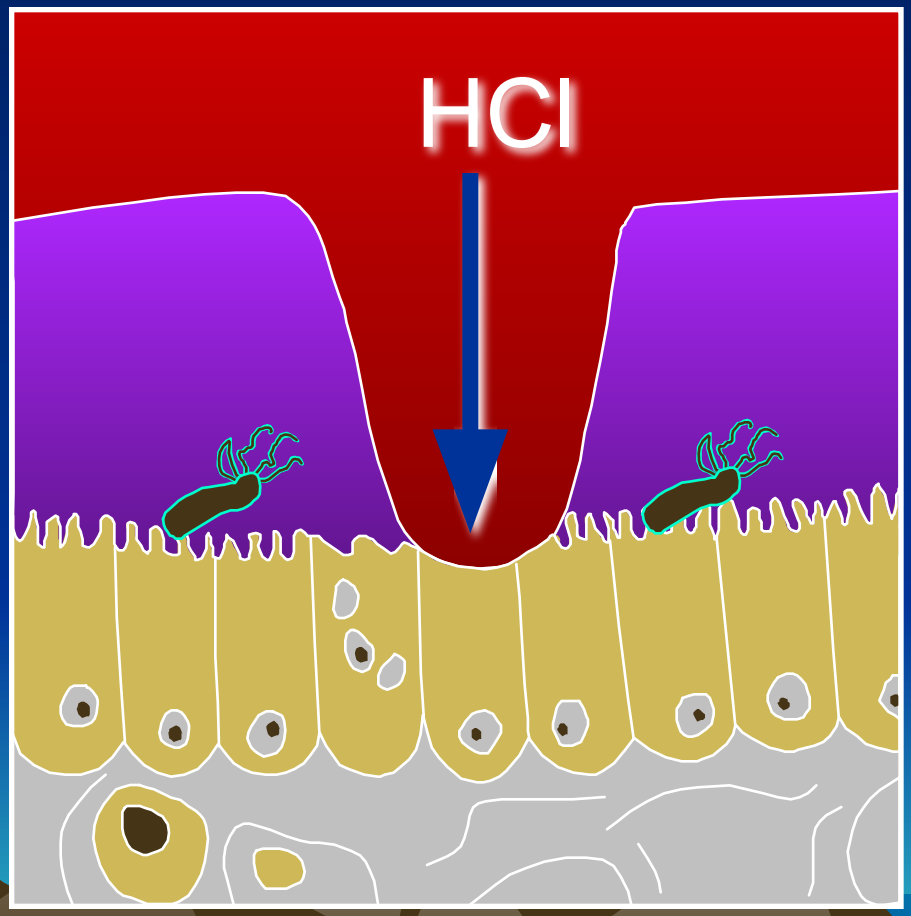
Этиология язвенной болезни

К настоящему времени доказаны следующие основные причины **язвенной болезни**

- **генетическая предрасположенность;**
- **избыточная продукция HCl;**
- **местная инфекция бактериями H. pylori;**
- **прием ульцерогенных препаратов;**
- **другие факторы (погрешности в питании, стресс).**

Helicobacter pylori

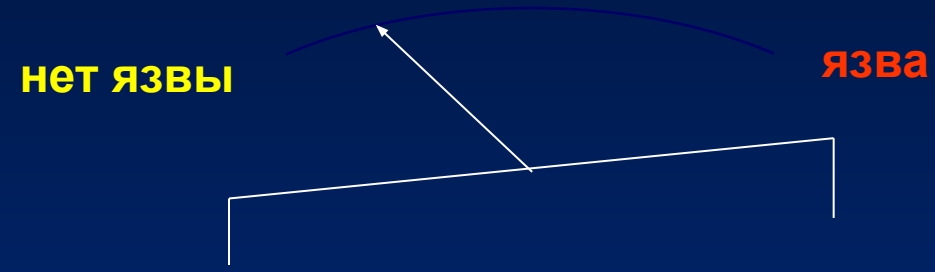
Роль инфекции *H. pylori* и соляной кислоты в патогенезе язвенной болезни



Патогенез язвенной болезни

- **Решающее звено – дисбаланс между факторами «агрессии» и факторами «защиты» слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки**

Патогенетические механизмы язвообразования



ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ

1. Резистентность гастро-дуоденальной слизистой :
   - слизисто-бикарбонатный барьер;
   - нормальная регенерация;
   - достаточное кровообращение;
   - простагландины
2. Антродуоденальный кислотный тормоз- защита ДПК от закисления (закрытие привратника при снижении pH в антральном отделе ниже 2,0)

АГРЕССИВНЫЕ ФАКТОРЫ

1. Гиперпродукция соляной кислоты и пепсина :
   - гиперплазия фундальной слизистой;
   - ваготония;
   - гиперпродукция гастрина;
   - гиперреактивность обкладочных клеток
2. Травматизация гастро-дуоденальной слизистой
3. Гастро-дуоденальная дисморика
4. Helicobacter pylori

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ РЕГУЛЯЦИЯ

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

http://pediatrics.dsma.dp.ua

Избыточная продукция HCl

Генетическая предрасположенность:

- Увеличение массы обкладочных клеток
- Повышенное образование гастрина в ответ на приём пищи

Нарушение нейроэндокринной регуляции:

- Усиление вагусного влияния
- Гиперплазия и гиперфункция G-,ECL-клеток, продуцирующих гастрин и гистамин

Клинические проявления ЯБ

Анамнез:

- постепенное начало
- связь обострения с алиментарными нарушениями и психоэмоциональными нагрузками
- рецидивирующее течение с сезонными обострениями
- наследственная отягощенность

Болевой абдоминальный синдром:

мойнингановский ритм болей

ночные боли

Тошнота, рвота, отрыжка

Нейровегетативная симптоматика

Клиническая картина

- **Ведущим синдромом обострения ЯБ являются боли в подложечной области**, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника.

- Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка), При язвах пилорического канала и луковицы ДПК обычно наблюдаются поздние боли (через 2-3 часа после еды), голодные боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли.

- Боли проходят после приема антацидов, антисекреторных и спазмолитических препаратов, применения тепла.

Клиника (продолжение)

- **Синдром язвенной диспепсии: отрыжка кислым, изжога, тошнота, запоры. Характерным симптомом является рвота кислым желудочным содержимым, возникающая на высоте болей и приносящая облегчение, в связи с чем больные могут вызывать ее искусственно.**

- **При обострении заболевания часто отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохраненный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.**

- **Следует считаться также и с возможностью бессимптомного течения язвенной болезни. По некоторым данным, частота таких случаев может**

Классификация язвенной болезни

(по А.В.Мазурину)

Фазы:	*Локализация:*	*Форма:*
1. Обострение 2. Неполная клиническая ремиссия 3. Клиническая ремиссия	- желудок; - 12-перстная кишка; - луковица; - постбульбарные отделы; - двойная локализация.	1. Неосложненная 2. Осложненная: 1) кровотечение, 2) пенетрация, 3) перфорация, 4) стеноз привратника, 5) перивисцерит.

Функциональная характеристика:

Кислотность желудочного содержимого и моторика могут быть повышены, понижены и нормальными.

Клинико-эндоскопические стадии язвенной болезни 12-перстной кишки:

1 стадия - свежая язва,

2 стадия - начало эпителизации язвенного дефекта,

3 стадия - заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените,

4 стадия - клинико-эндоскопическая ремиссия.

http://pediatrics.dsma.dp.ua

Осложнения язвенной болезни

- Перфорация
- Пенетрация
- Кровотечение
- Стеноз
- Малигнизация

Дифференциальная диагностика

- Симптоматические гастродуоденальные язвы (особенно лекарственные) часто развиваются остро, проявляясь иногда внезапным желудочно-кишечным кровотечением или прободением язв, протекают с нетипичными клиническими проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности).

Диагностика

Лабораторные методы

- **Общий анализ крови:**

Клинический анализ крови при неосложненном течении язвенной болезни чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина Клинический анализ крови при неосложненном течении язвенной болезни чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина и эритроцитов Клинический анализ крови при неосложненном течении язвенной болезни чаще

Инструментальные методы

- Рентгенологическое исследование.
- Фиброгастродуоденоскопия с прицельной биопсией с последующим гистологическим исследованием биоптатов.
- Рн-метрия.
- Методы диагностики инфекции Helicobacter pylori.

ФГДС позволяет:

- 1. Выявить язвенный дефект и описать его локализацию, размеры, характер, наличие и распространенность сопутствующего воспаления слизистой;
- 2. Обеспечить объективный контроль за эффективностью противоязвенного лечения, скоростью и качеством рубцевания;
- 3. Проводить высокоэффективное местное лечение язвы путем введения различных лекарственных веществ непосредственно в область поражения или облучения язвы низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером (эндоскопическая лазеротерапия).

Диагностика HP-инфекции

Неинвазивные методы:

- **дыхательные тесты - определяют нарастание в выдыхаемом воздухе продуктов гидролиза принятой внутрь мочевины:**
  - **углеродные тесты;**
  - **аммиачные тесты (Аэротест, Хелик-тест).**
- **серологический – определение специфических антител классов А и G (ИФА), экспресс-тесты на основе реакции преципитации или иммуноцитохимии с использованием капиллярной крови больного;**
- **обнаружение *H. pylori* в кале методом ПЦР и иммунофлюоресцентным методом**

Инвазивные методы:

- **бактериологический – определение штамма *H. pylori* , выявление его чувствительности к используемым препаратам;**
- **бактериоскопический (морфологический, гистологический)**
- **биохимический (уреазный тест) - определение уреазной активности в биоптате;**
- **ПЦР биоптата.**

Специфические эндоскопические признаки HP-инфекции:

- **наличие язв в луковице 12-перстной кишки;**
- **множественные разнокалиберные выбухания слизистой оболочки антрального отдела желудка в виде «булыжной мостовой» (нодулярный гастрит);**
- **наличие мутной слизи в просвете желудка**

Методы оценки желудочной секреции

Зондовые:

Фракционное зондирование

позволяет оценить секреторную, кислотообразующую и ферментообразующую функции желудка,

не позволяет оценить pH в реальном масштабе времени

не позволяет изучить pH изолированно в том или ином отделе желудка, в пищеводе или двенадцатиперстной кишке.

Внутрижелудочная pH-метрия

измерение pH непрерывно до и после стимуляции

позволяет выявлять дуоденогастральные и гастроэзофагеальные рефлюксы

возможность проводить подбор антацидных и антисекреторных лекарственных препаратов.

Хромогастроскопия

Эндоскопическая pH-метрия

Беззондовые:

"Ацидотест"

Искусственное контрастирование желудка путем приема внутрь водной взвеси сульфата бария

Наиболее типичными рентгенологическими признаками *язвы* желудка или двенадцатиперстной кишки являются:

- 1) симптом «ниши» (контура или рельефа слизистой) с воспалительным валиком вокруг нее;
- 2) конвергенция складок слизистой оболочки к нише;
- 3) симптом «указующего перста» (симптом де Кервена);
- 4) *Ускоренное продвижение бариевой взвеси* в области изъязвления (симптом местной гипермобильности);

Рентгеноскопия желудка

Язвенная ниша

Критерии Е.Ю.Линара и соавт. и Ю.А. Лея

Натощак (тело)	pH	Базальная секреция (тело)	pH
сильнокислая реакция	0,9-1,9	гиперацидность	менее 1,5
среднекислая	2,0-2,9	нормацидность	1,6-2,0
умеренно кислая	3,0-4,9	гипоацидность	2,1-5,9
слабокислая	5,0-6,9	анацидность	выше 6,0
щелочная	7,0-8,9		

Стимулированная секреция (тело)	pH	Показания антрального электрода		
гиперацидная реакция	менее 1,2	Кислотообразование	pH	pHa/pHт
нормацидная реакция	1,21-2,0	компенсированное	выше 6	выше 2
гипоацидная	2,1-3,0	субкомпенсированное	ниже 6	выше 2
сниженная	3,1-5,0	декомпенсированное	ниже 6	ниже 2
анацидная	5,0 и выше			

http://pediatrics.dsma.dp.ua

Консервативное лечение.

- I. Диетотерапию (диета № 1А, 1Б по Певзнеру).
- II. Физиотерапия (ультразвук, торфо-, грязе-, озокерито лечение).
- III. Медикаментозная терапия.

Медикаментозная терапия.

- 1. Препараты, которые угнетают хеликобактерную инфекцию (де-нол, трихопол, оксацилин, ампиокс и др.)
- 2. Антисекреторные средства
- 3. Гастроцитопротекторы.
- 4. Препараты висмута.
- 5. Спазмолитики.
- 6. Репаранты.
- 7. Препараты центрального действия.

Медикаментозное лечение язвенной болезни

1) **коррекция нейровегетативных расстройств;**

2) **при *НР-ассоциированной ЯБ:***

эрадикационная терапия в течение 7-14 дней,

затем

***сукральфат или Де-нол* при нормальной кислотности, *антациды, антисекреторные* – при повышенной.**

при *ЯБ, не ассоциированной с НР:*

***антисекреторные и антациды* – при повышенной кислотности, *сукральфат* при нормальной.**

3) **прокинетики**

Схемы эрадикационной терапии

Тройная терапия (7-14 суток):

Амоксициллин + кларитромицин
Амоксициллин + метронидазол + ИПП *или* Де-нол
Амоксициллин + фуразолидон

Квадротерапия (7-14 дней):

ИПП + Де-нол + 2 антибиотика, не применявшихся в предыдущих схемах

Контроль эрадикации через 4 недели неинвазивными методами

Эрадикационная терапия первой линии (трёхкомпонентная терапия)		
Ингибитор H^+, K^+-АТФазы или ранитидин 2 раза в день	Кларитромицин по 500 мг 2 раза в день	Амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день или метронидазол по 500 мг два раза в день

Эрадикационная терапия второй линии (квадротерапия)			
Коллоидный субцитрат (висмута субсалицилат) по 120 мг 4 раза в день	Ингибитор H^+, K^+-АТФазы 2 раза в день	Тетрациклин по 500 мг 4 раза в день	Метронидазол по 500 мг 2 раза в день

Эволюция терапии кислотозависимых заболеваний

локаторы H_2-рецепторов гистамина
иметидин, ранитидин, фамотидин, низатидин, роксатидин

1980-е

Ингибиторы протонной помпы

Омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол

1990-е

Изомеры ингибиторов протонной помпы

Нексиум® ...

2000-е

Повторная ЭФГДС - через 2-3 недели от начала базисной терапии:

- **при заживлении язвенного дефекта** – продолжить терапию до 4 нед.
- **при стабильном состоянии** язвенного дефекта – продолжение лечения с контролем эффективности каждые 7 дней
- **при отрицательной динамике или отсутствии эффекта через 4 недели** - пересмотр диагноза (исключить симптоматические язвы), подходов к лечению, возможно назначение синтетического аналога простагландинов - мизопростола (сайтотек).

Хирургическое лечение.

- **Абсолютными показаниями к операции являются тяжелые осложнения язвенной болезни:**
- 1. Перфорация язвы.
- 2. Профузное кровотечение или кровотечение, которое не останавливается консервативным путем.
- 3. Рубцево-язвенный стеноз пилоруса и ДПК
- . 4. Малигнизация язвы.

Дальнейшее ведение:

Клинико-эндоскопический контроль:

1-й год – 1 раз в 3-4 мес.
2-3-й год – 1 раз в 6 мес.
далее – 1 раз в год.

Поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе показана при:

- неэффективности проведенной эрадикационной терапии;
- частом рецидивировании язвенного процесса (3-4 раза в год);
- осложненном течении ЯБ;
- наличии заболеваний, требующих применения НПВС;
- сопутствующем ЯБ эрозивно-язвенном рефлюкс-эзофагите;

Профилактическая терапия «по требованию»
(антисекреторный препарат в полной дозе от 2-3 дней до 1-2 недель, затем в половинной дозе в течение 2 недель) при:

- появлении первых симптомов обострения;
- предполагаемых погрешностях в диете.

Хронический гастрит и гастродуоденит

- Наиболее распространенные заболевания ЖКТ у детей – 70-75 %

- В последние годы отмечается тенденция к «омоложению», увеличению частоты деструктивных процессов, длительному рецидивирующему течению

Сиднейская классификация хронического гастрита, 1990

- Аутоиммунный хронический гастрит (тип А)
- Бактериальный Нр-ассоциированный гастрит (тип В)
- Смешанная форма с признаками аутоиммунного и Нр-ассоциированного гастрита
- Химический гастрит (рефлюкс-гастрит) – тип С
- Редкие виды гастрита

При постановке клинического диагноза учитывается:

- Распространенность и локализация
- Характер изменений слизистой оболочки (эндоскопическая и морфологическая характеристика)
- Характер желудочной секреции
- Фаза заболевания

Пример диагноза: хронический гастродуоденит, Нр-ассоциированный, с повышенной кислотообразующей функцией желудка, период обострения: нодулярный антральный гастрит, эрозивный бульбит

Медикаментозная терапия

- При повышенной кислотообразующей функции – антациды или антисекреторные препараты
- При дуодено-гастральном рефлюксе – прокинетики и цитопротекторы
- При выявлении Нр-инфекции – эрадикационная терапия

Функциональная диспепсия

- **Симптомы диспепсии:**
  - Боль в эпигастрии, эпигастральное жжение
  - Дискомфорт в эпигастрии
  - Быстрое насыщение
  - Переполнение желудка
  - Вздутие в эпигастральной области
  - Тошнота

Патогенетические механизмы при функциональной диспепсии

- Замедленная эвакуация желудочного содержимого
- Гиперчувствительность желудка к растяжению
- Нарушения акомодации
- Hp-инфекция
- Гиперчувствительность 12-перстной кишки по отношению к липидам
- Гиперчувствительность 12-перстной кишки по отношению к кислоте

Диагностические критерии ФД

- Наличие **всего** из приведенного ниже:

1. Постоянная или рецидивирующая боль или дискомфорт в эпигастрии
2. Боль не уменьшается после дефекации и не сопровождается изменением частоты и характера стула
3. Отсутствуют признаки воспалительных, анатомических, метаболических, неопластических изменений, которые могли бы объяснить наличие симптомов диспепсии

- Симптомы наблюдаются по крайней мере **1 раз в неделю** на протяжении по крайней мере **2 месяцев**

Диагностический алгоритм при ФД (Римские критерии – III)

- **Констатация факта наличия диспепсии**
- **Исключение симптомов тревоги**
- **Исключение приема НПВС**
- **Исключение ГЭРБ**
- **Неинвазивный тест на Нр-инфекцию и проведение эрадикационной терапии в случае ее выявления**
- **ФЭГДС при наличии дисфагии, у пациентов с сохраняющимися симптомами на фоне терапии антисекреторными препаратами, а также при рецидивировании болевого синдрома после обнаружения и лечения Нр-инфекции**

Симптомы «тревоги»:

- Постоянная боль в правом верхнем или правом нижнем квадранте живота
- Боль, которая заставляет ребенка просыпаться ночью
- Дисфагия
- Артрит
- Персистирующая рвота
- Перириктальные заболевания
- Кровь в испражнениях или рвотных массах
- Необъяснимая потеря веса
- Ночная диарея
- Замедление линейного роста
- Наличие в семейном анамнезе воспалительных заболеваний кишечника, целиакии, язвенной болезни
- Задержка полового развития
- Необъяснимая лихорадка

Лечение ФД

- Исключение приема нестероидных противовоспалительных препаратов и продуктов, обладающих раздражающим действием (кофеин, пряная и жирная пища)
- Антисекреторные препараты при преобладании болевого синдрома и прокинетики при преобладании дискомфорта в эпигастрии
- Коррекция сопутствующих психологических расстройств

Спасибо за

внимание!

AstraZeneca