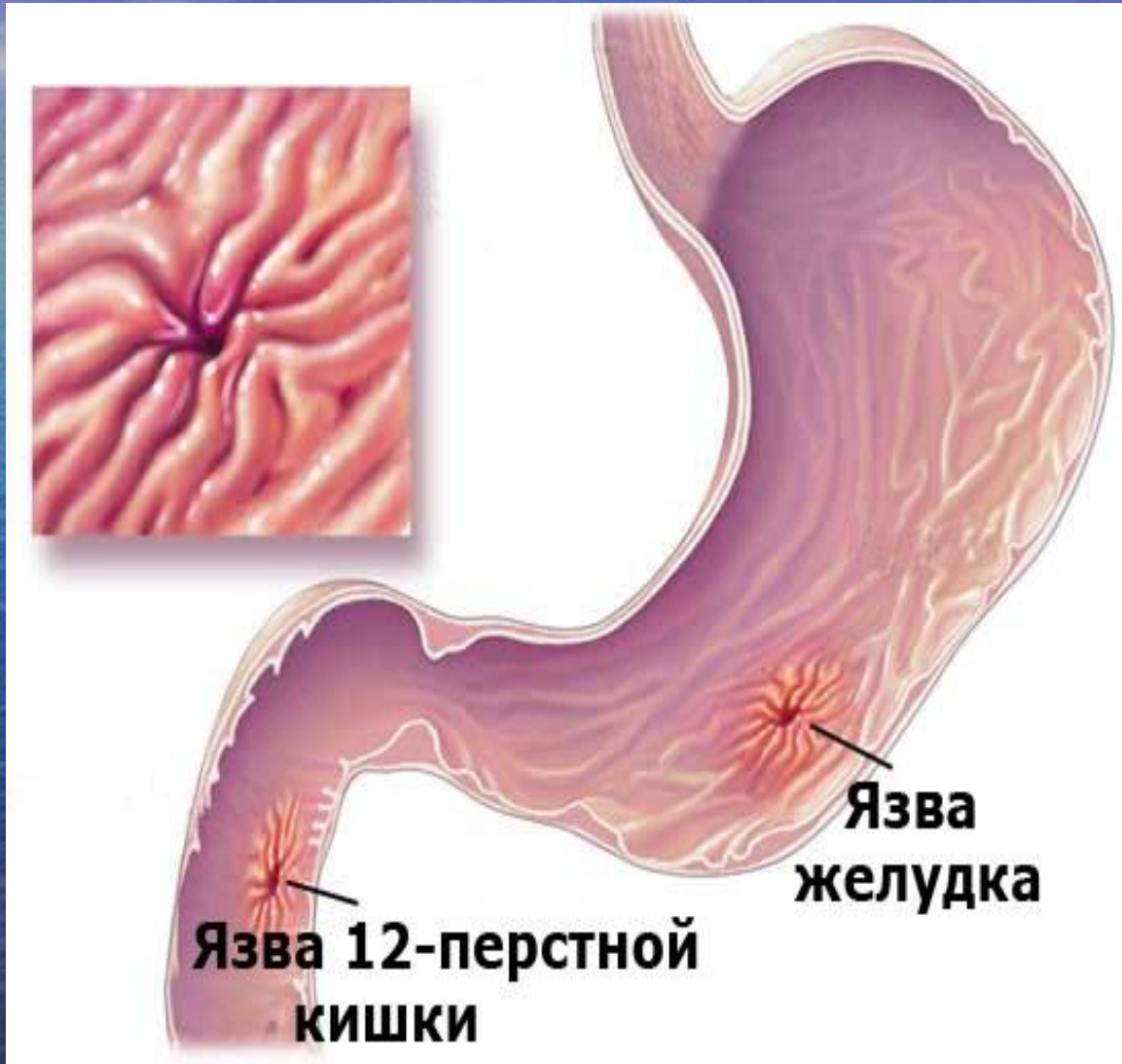


# ВИРАЗКОВА ХВОРОБА У ДІТЕЙ



*ДОЦЕНТ КАФЕДРИ  
ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ПЕДІАТРІЇ ЗДМУ  
В.І.МАЗУР*





## **ВИРАЗКОВА ХВОРОБА -**

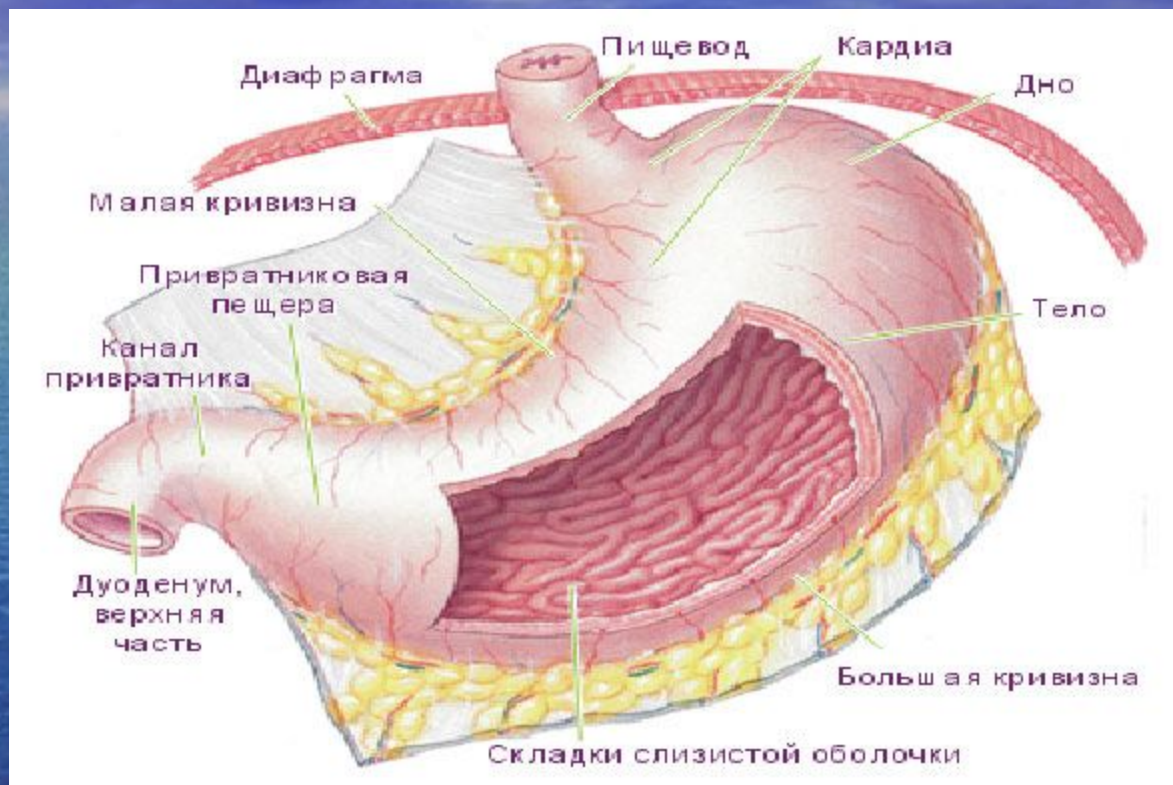
- хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується розвитком виразкового дефекту в дванадцятипалій кишці або шлунку з можливим прогресуванням і розвитком ускладнень, при якому є спадкова обтяженість.

Шифр по МКХ-10:

К 25 – виразка шлунку (виразкова хвороба шлунку)

К 26 – виразка 12-палої кишки (виразкова хвороба 12-палої кишки)





- Поширеність виразкової хвороби становить 1 випадок на 1000 дітей. До періоду статевого дозрівання захворювання з однаковою частотою зустрічається у дітей обох статей, в подальшому частіше відзначається у юнаків, що пояснюється захисною дією жіночих статевих гормонів.
- У структурі ВХ у дітей значно превалює ВХ 12-палої кишки (ВХДК), вона становить близько 81% всіх випадків захворювання, ВХ шлунка (ВХШ) становить 13%, поєднання ВХШ і ВХДК зустрічається у 6% хворих.

# Етіологія виразкової хвороби

- **Найважливіший фактор розвитку ВХ** - спадкова схильність (сімейна обтяженість 60 - 80%, а підвищення агресивних властивостей шлункового соку у одного з батьків виявляють практично в 100% випадків)

# Сприяючі фактори

- інфікування НР
- Ранній перехід на штучне вигодовування (при цьому індукується збільшення гастринпродуцуючих клітин і гістамінпродуцуючих клітин слизової оболонки антрального відділу шлунка)
- Аліментарні похибки
- Тривалий прийом деяких лікарських засобів (саліцилати, глюкокортикоїди, цитостатики)
- Особливості сімейного укладу - організація побуту і виховання дітей, сімейні особливості харчування, взаємини в сім'ї
- Гіподинамія і фізичні перевантаження
- Вогнища хронічної інфекції
- Кишкові паразити
- Нервово-психічні перевантаження
- Куріння і токсикоманія
- Харчова алергія
- Інфікування НР

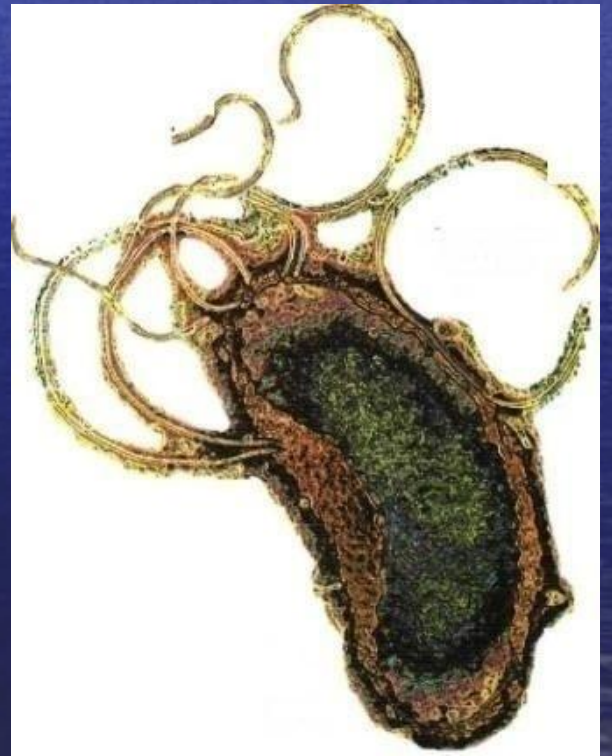


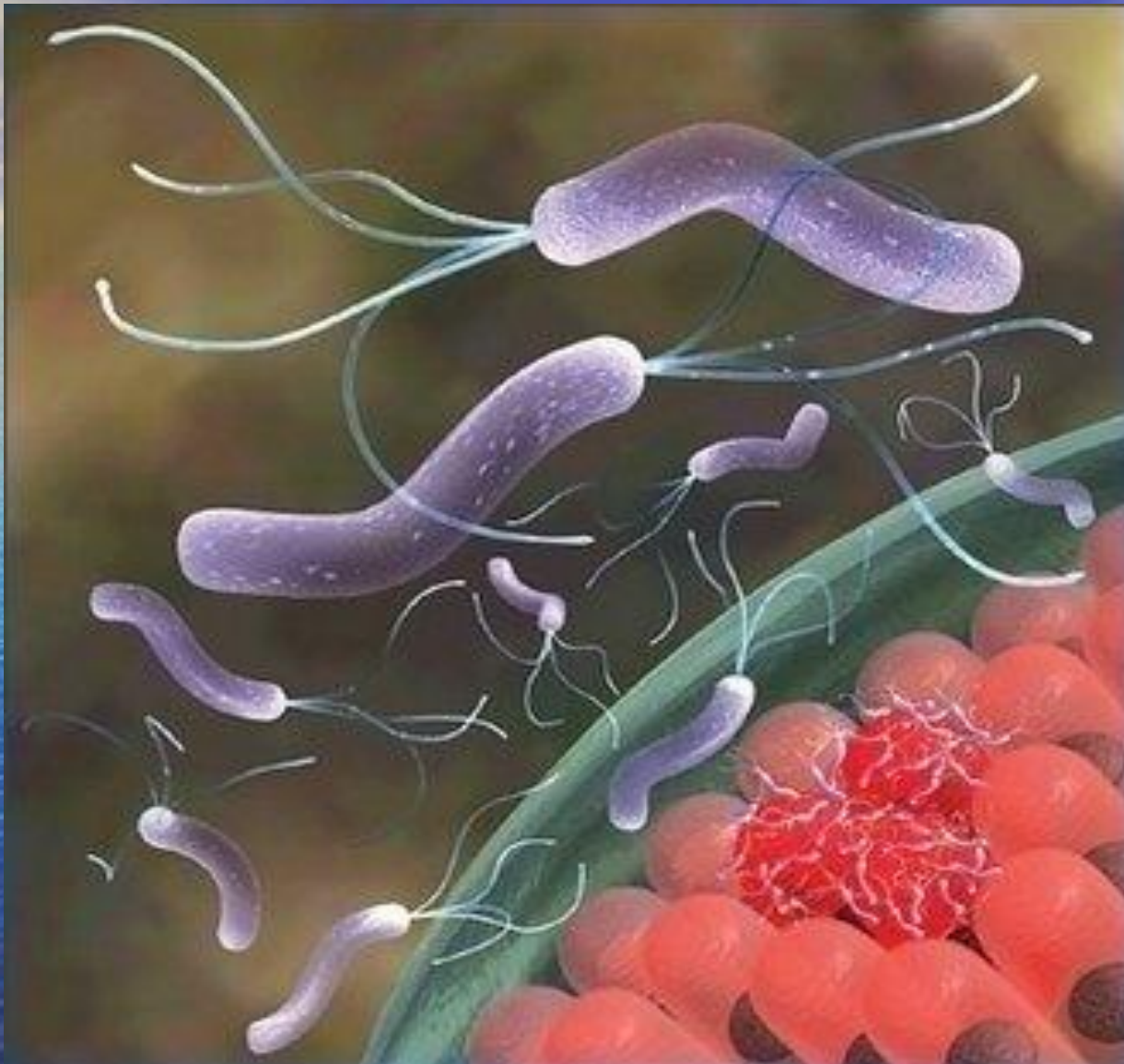
# Фактори зовнішньої середи

- Здатні змінювати співвідношення в окремих ланках нейрогуморальної регуляції, впливати на активацію кислотно-пептичного фактора, коригувати стан захисного слизового бар'єру.
- Тривале закислення пілородуоденальної зони сприяє метаплазії епітелію і сприяє інвазії НР, який, пошкоджуючи епітелій, здатний придушувати захисні властивості слизової оболонки та ініціювати аутоагресивні реакції.

- В ульцерогенезі мають значення штами НР першого типу, що володіють найбільшою цитолітичною активністю. Цей штам в 4 рази перевершує по вірулентності інші штами НР. У 90% хворих з ВХ виявляють саме цей штам.







# Патогенез

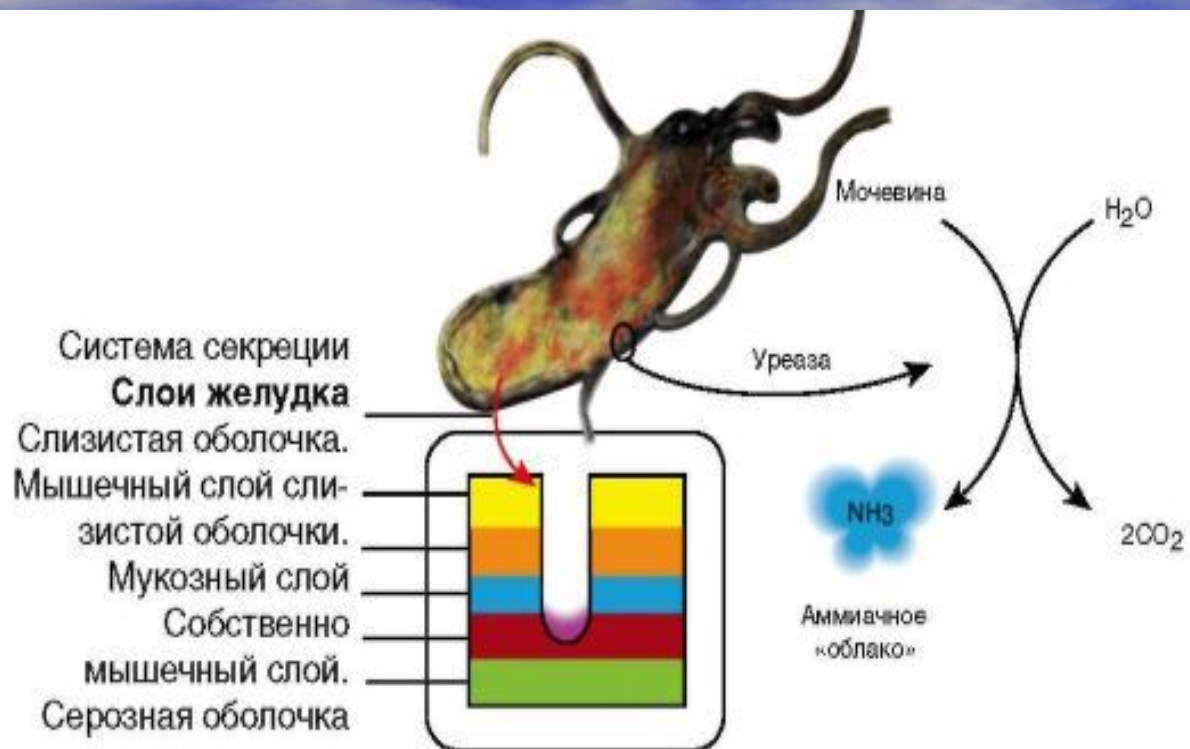
*Спадкова схильність при ВХ проявляється в:*

Генетично детермінованих особливостях будови слизової оболонки шлунка - в підвищеній кількості гастрину-гістамінопродуцуючих клітин, гіперплазії фундальних залоз зі збільшенням числа головних і обкладочних клітин.

Підвищеної кислотно-пептичної агресії, пов'язаної з успадкуванням підвищеної секреції слизовою оболонкою шлунка пепсиногена А (ген локалізований в 11-й парі хромосом), а також з якісними особливостями пепсиногена А - домінування в його структурі 3-й фракції (Pg 3).

Зниження захисних властивостей слизової оболонки - низької інтенсивності муциноутворення, а також зниженої секреції бікарбонатів.

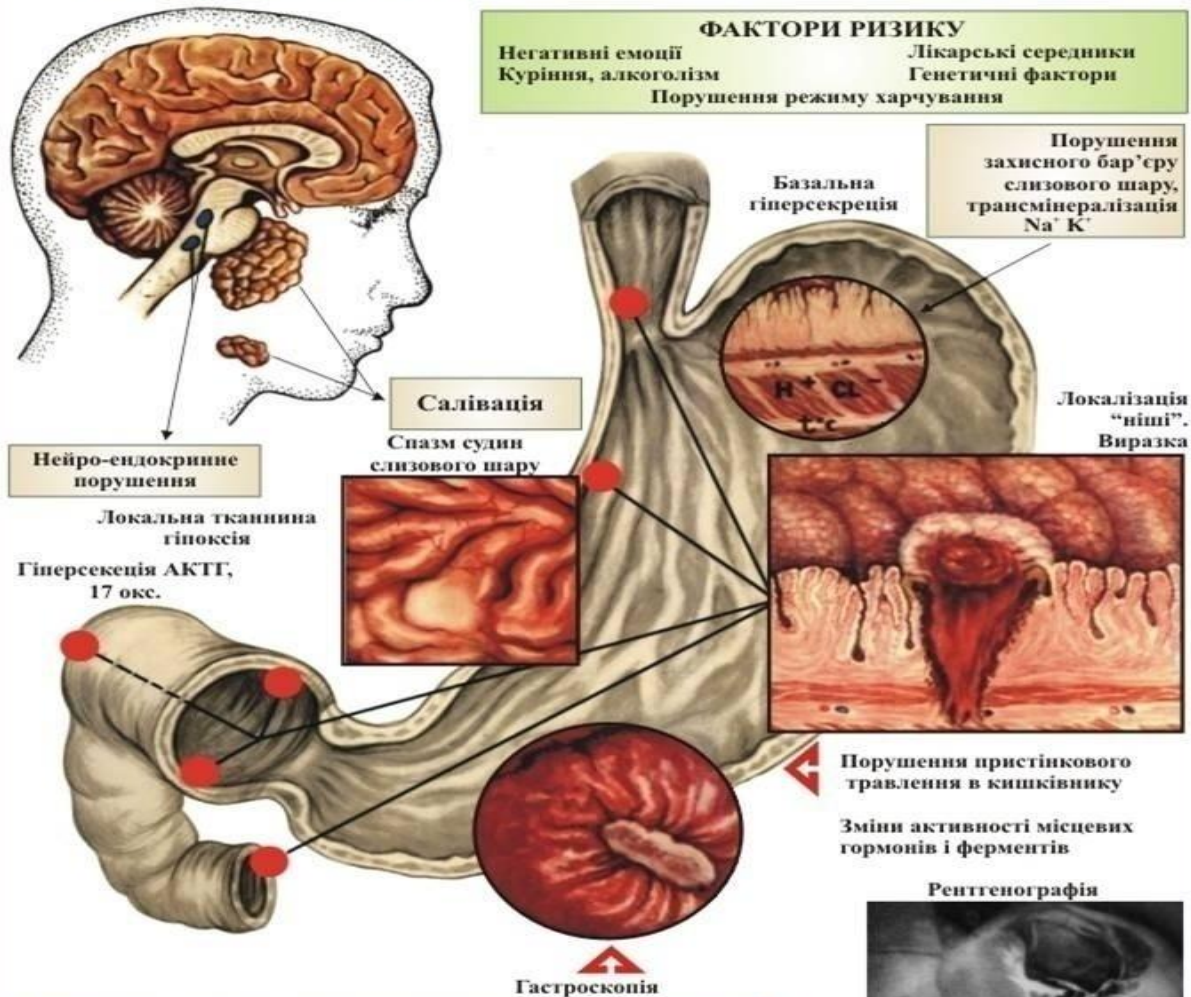
Особливості моторної функції шлунка - зниження запирательного рефлексу, що перешкоджає надходженню в 12-палої кишки кислого вмісту до його переходу до лужного стану в антральному відділі



### Другие факторы

- Вакуолизирующий цитотоксин (*vacA*).
- Цитотоксин-связанный ген (*cagA*).
- Адгезины (*BabA*).
- Внешний воспалительный белок (*oriA*)

# ВИРАЗКОВА ХВОРОБА (ФАКТОРИ РИЗИКУ І ПАТОГЕНЕЗУ)



**ФАКТОРИ РИЗИКУ**  
 Негативні емоції  
 Куріння, алкоголізм  
 Порушення режиму харчування  
 Лікарські середники  
 Генетичні фактори

**Нейро-ендокринне порушення**

Локальна тканинна гіпоксія  
 Гіперсекреція АКТГ, 17 окс.

**Салівація**  
 Спазм судин слизового шару

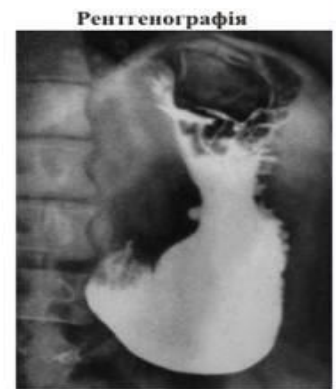
Базальна гіперсекреція  
 Порушення захисного бар'єру слизового шару, трансмінералізація Na<sup>+</sup> K<sup>+</sup>

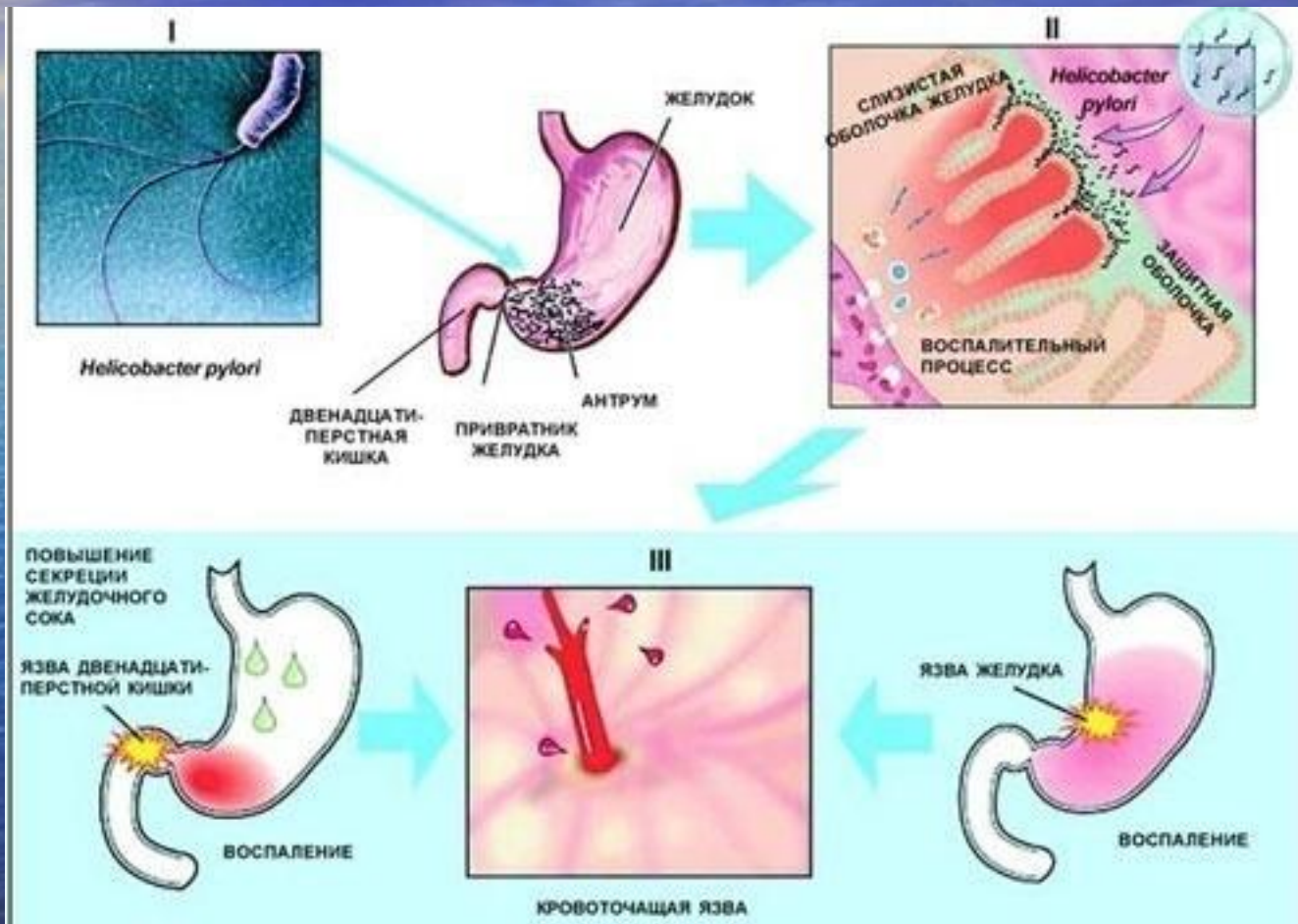
Локалізація "ніші". Виразка

Порушення пристінкового травлення в кишківнику

Зміни активності місцевих гормонів і ферментів

Гастроскопія







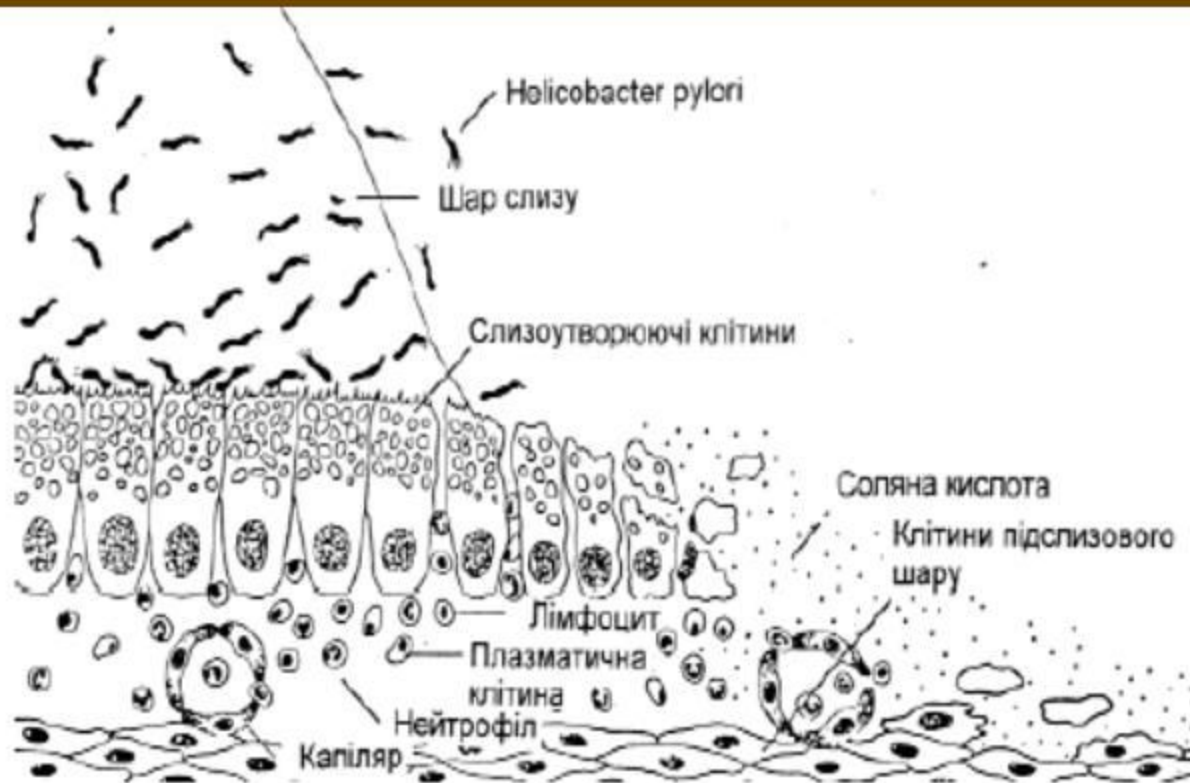


Рис. 1. Середовище заселення бактерій *Helicobacter pylori* (за В. Marshall, 1987)

Рис.5. Этапы развития *H.pylori* инфицированного язвенного поражения желудка. Адаптировано [6].

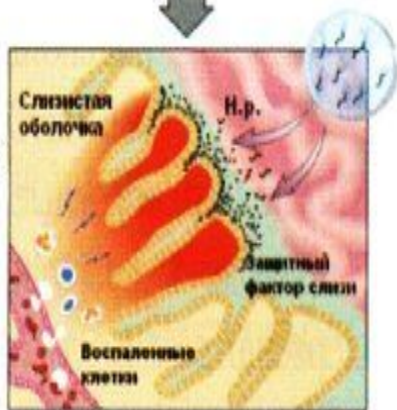
Хеликобактер пилори  
- бактериологическая причина  
развития язвенной болезни

*H.p.* инфекция  
локализуется  
в антральном  
отделе желудка



Воспаление

*H.pylori* вызывает  
воспаление слизистой  
оболочки - гастрит.  
Этот процесс не имеет  
клинической  
симптоматики



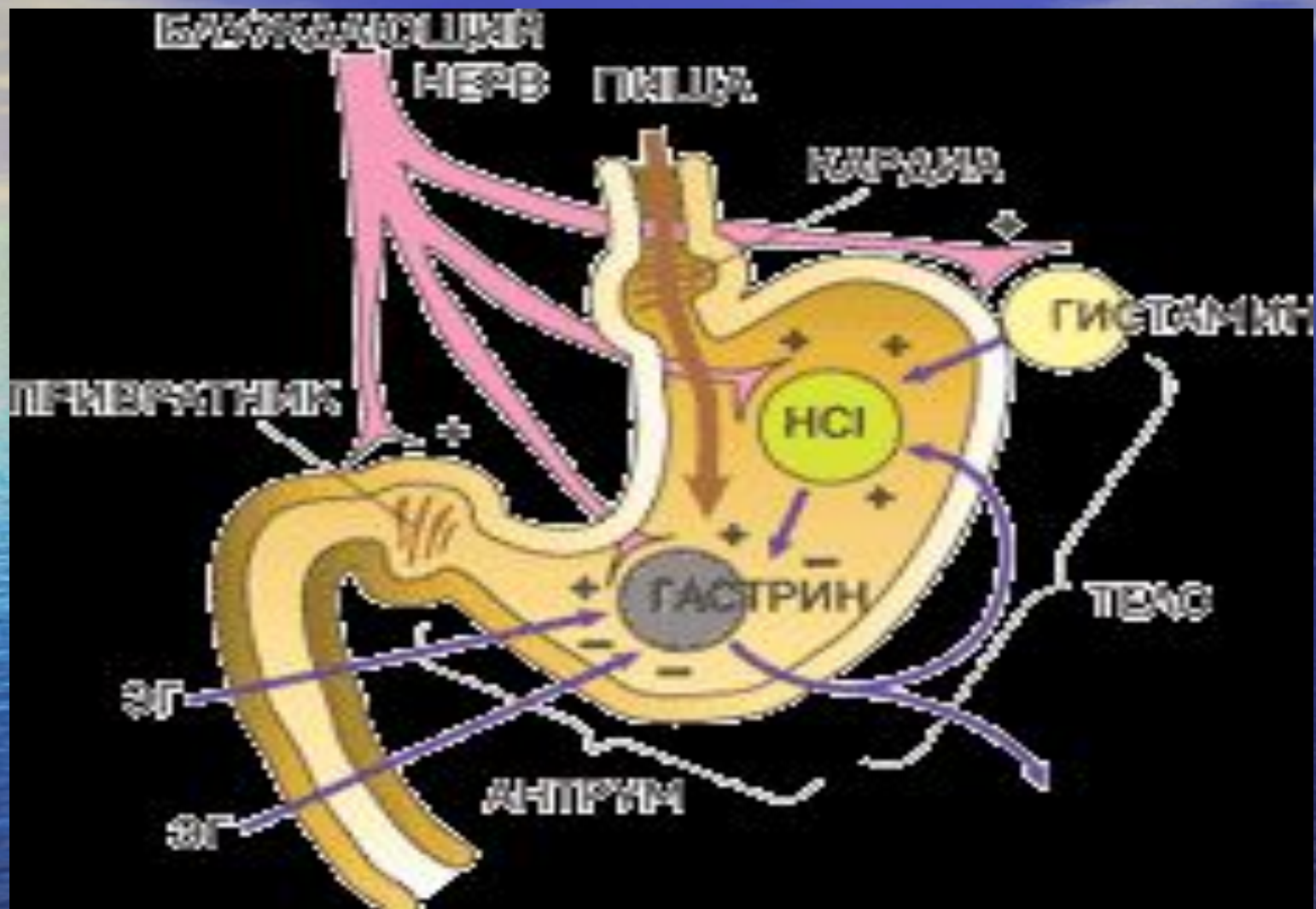
Повышенная секреция  
соляной кислоты



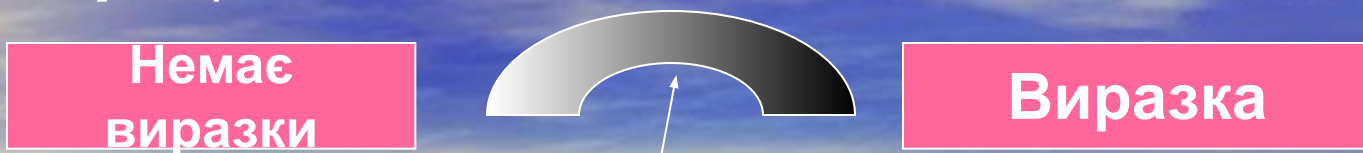
Язва 12-перстной  
кишки



Язва  
Тяжелое осложнение,  
включающее кровотечение  
из язвы и перфорацию язвы



# Ваги Шайя - співвідношення основних протективних і агресивних факторів, що визначають можливість виразкоутворення



## Захисні фактори

- Слизово-бікарбонатний бар'єр
- Достатній кровоток
- Регенерація епітелію
- Імунологічний захист
- Простагландини
- Антродуоденальний кислотний тормоз

## Фактори агресії

- Гіперпродукція соляної кислоти та пепсина
- Порушення моторики
- Лікарські засоби
- *Helicobacter pylori*
- Гіперпродукція гастрину
- Гіперплазія фундальної слизової
- Травматизація гастродуоденальної слизової

Нейроендокринна регуляція

Генетичні фактори

- Класична картина типового больового синдрому при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки була вперше описана на початку 20 ст. Мойниганом



# КЛАСИЧНА КЛІНІЧНА КАРТИНА

▣ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ : болі виникають натщесерце

АБО ЧЕРЕЗ 1,5-2 Ч ПІСЛЯ ПРИЙОМУ ЇЖІ (МОЙНІГАНОВСЬКИЙ РИТМ)

НОСИТЬ НІЧНИЙ ХАРАКТЕР, ІНТЕНСИВНІСТЬ - від слабких до нестерпних

ЛОКАЛІЗУЄТЬСЯ в епігастрії, при супутній ГЕР - з ІРАДІАЦІЄЮ ЗА грудниною або в лівій половині грудної клітки

▣ ДИСПЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ: ПЕЧІЯ (ПОЄДНАННЯ ВХ з рефлюкс-езофагітом), відрижка кислим

БЛЮВОТА ОДНОКРАТНА, що приносить полегшення

▣ Пальпація ЖИВОТА: болючість в епігастрії, іноді локальна, частіше в пілородуоденальній зоні.

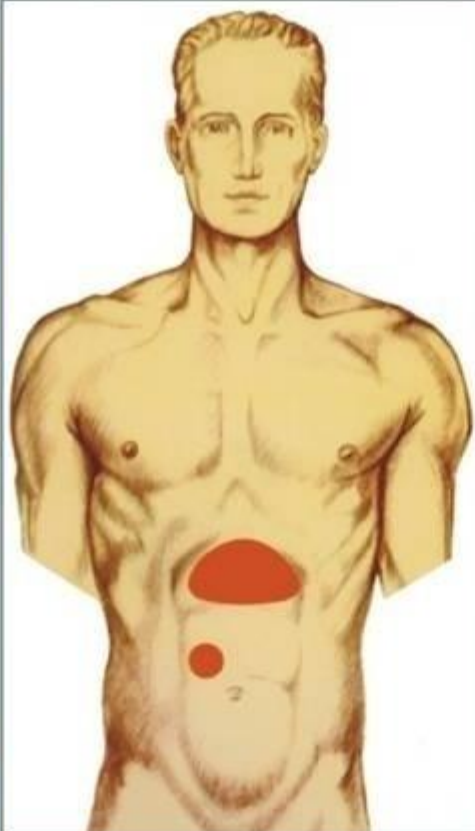
▣ СИМПТОМИ ваготонії (ЧАСТІШЕ У ПІДЛІТКІВ):ХОЛОДНІ, ВОЛОГІ ДОЛОНІ, гіпергідроз, акроціаноз

▣ ТЕНДЕНЦІЯ ДО ЗНИЖЕННЯ АД, лабільність пульсу

▣ ХАРАКТЕРНА СЕЗОННІСТЬ ЗАГОСТРЕННЯ

# СКАРГИ ТА СИМПТОМАТИКА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКА

**БОЛІ:**  
"голодні" (натще),  
"ранні" (через 0,5-1 год після їди), "пізні"  
(через 1,5-2,5 год після їди), "нічні",  
приступоподібні, з сезонними загостреннями - весна, осінь; посилюються після певної їжі, утихають після вживання соди, спазмолітиків, тепла, локалізуються в епігастральній і в пілородуоденальній ділянках



**ЗОНИ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ:**  
1 - епігастрій  
2 - пілородуоденальна зона



**ХАРАКТЕРНА ПОЗА ХВОРОГО ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ**

**ДИСПЕПСИЧНІ ПОРУШЕННЯ:**  
печія, відрижка, саливація, запори, порушення апетиту - мають сезонний характер

**БЛЮВОТА:**  
ранком натще; через 10-15 хвилин; через 2-3 години після їди; давно вжитої їжі - приносить полегшення

**КРОВОТЕЧІ прихованого характеру**

## Різниця між виразкою дванадцятипалої кишки та виразкою шлунку

Ознака	Виразка дванадцятипалої кишки	Виразка шлунку
Частота зустрічаємості у дітей	81 %	13 %
Пол	У хлопчиків значно частіше	Між хлопчиками та дівчатам різниці немає
Сімейна спадковість	В 2 рази частіше, ніж при виразці шлунку	Не спотерігається
Група крові	Особливо часто 0(I) група	Зв'язку немає
Кількість обкладочних клітин	Значно збільшена	Зменшена
Перебіг та загострення	Строго періодичний та сезонний (осінньо-весняний)	Періодичність та сезонність не завжди
Інтенсивність болі	Дуже сильна, ріжуча, нападopodobна, колюча	Різної інтенсивності, часто неінтенсивні



<b>Характер болі</b>	<b>Голодні, нічні, пізні (через 1,5-2 часа після їжі)</b>	<b>Після їжі</b>
<b>Локалізація болі</b>	<b>Справа від середньої лінії живота</b>	<b>Зліва від середньої лінії живота</b>
<b>Засоби, що полегшують біль</b>	<b>Їжа та лужні розчини</b>	<b>лужні розчини та блювота</b>
<b>Диспепсичні розлади</b>	<b>Виражені</b>	<b>Відсутні або незначні</b>
<b>Моторика шлунку</b>	<b>Посилена (швидке спорожнення, спазми)</b>	<b>Квола або в нормі</b>
<b>Кислотність</b>	<b>Підвищена</b>	<b>Знижена або в нормі</b>
<b>Базальна секреція</b>	<b>Підвищена</b>	<b>Не змінена</b>
<b>Нічна секреція</b>	<b>Підвищена</b>	<b>Не змінена</b>

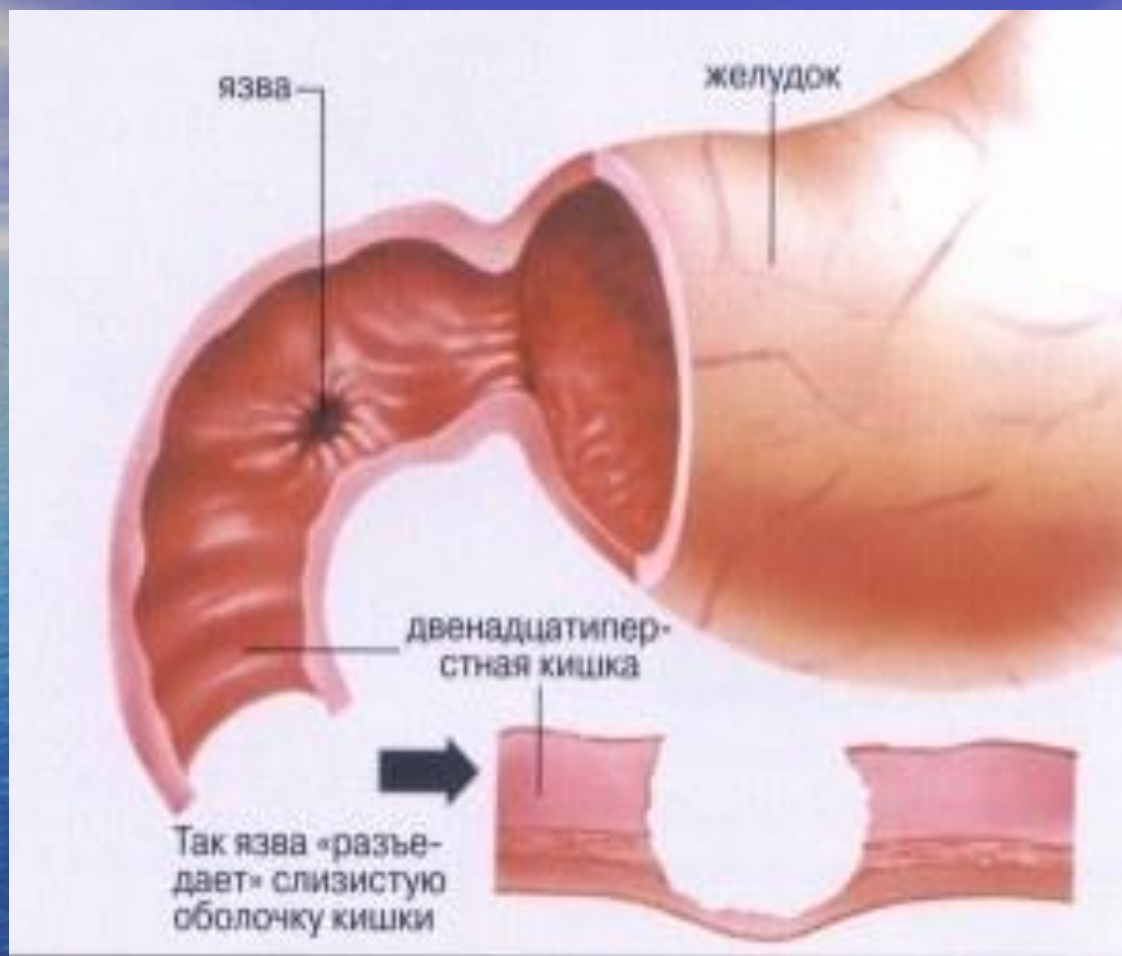
# Найбільш інформативні діагностичні дослідження

- Ендоскопічне
- Рентгенологічне (необов'язкове для неускладненої виразки)
- Дослідження секреторної функції (підвищення показників базальної та стимульованої фракцій) – дозволяє виявити функціональні порушення, але не виразку
- Дослідження на хелікобактер пілорі

# проведення фіброгастродуоденоскопії







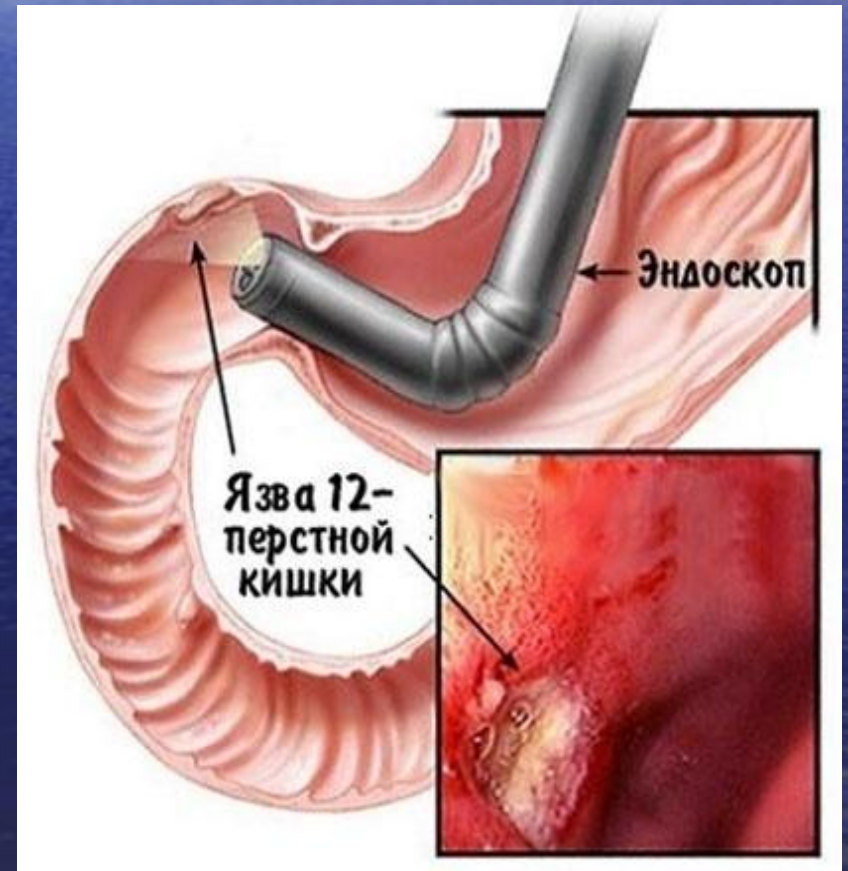
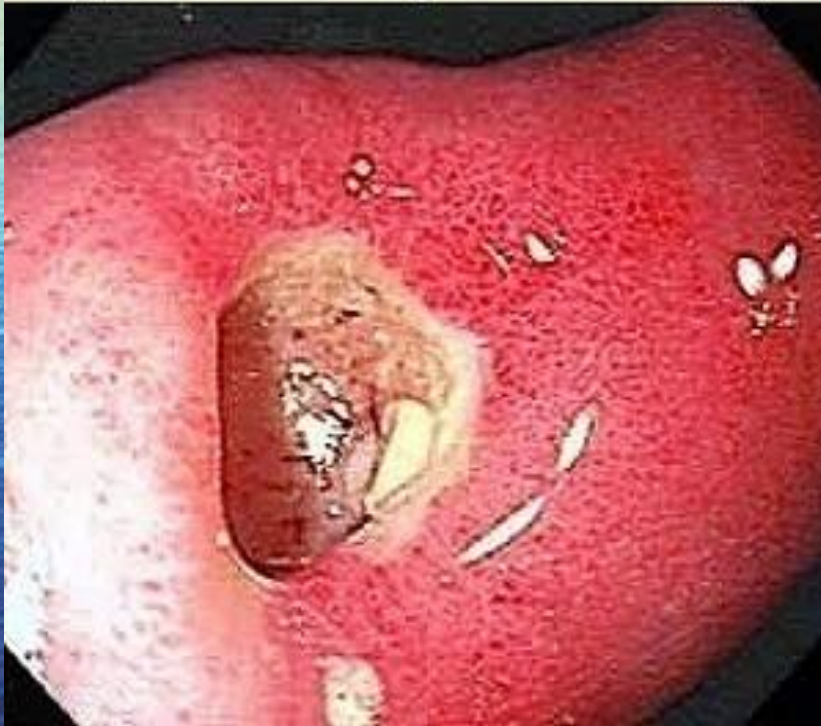
# Ендоскопічна картина виразкової хвороби





# ендоскопічна картина

Эндоскопическая картина язвы желудка





## ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

рис. 5



**острые эрозии -**  
плоские дефекты  
с черным пигментом-  
гематином



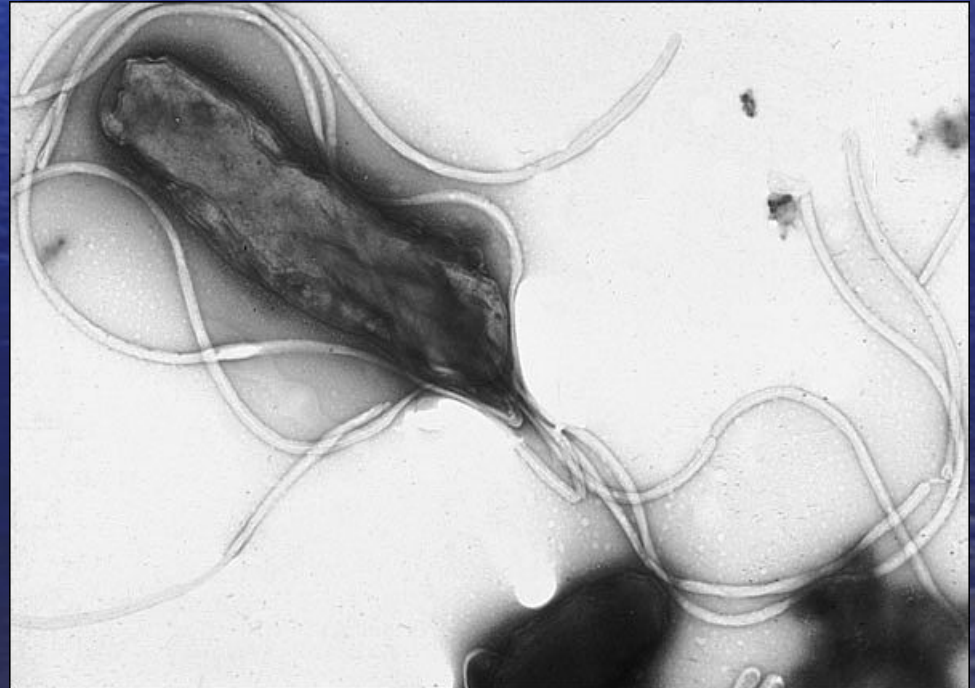
**острая язва -**  
более глубокий  
дефект слизистой



**хроническая язва -**  
глубокий дефект во всех слоях стенки  
(желудок) (12п кишка)  
→ зона перфорации



# Імунологічний метод виявлення *H. pylori*



# Проведення хелік-теста



- Позитивний хелік-тест

Від'ємний хелік-тест





# Внутришлункова Рн -метрія



# Рентгенологічна діагностика виразкової хвороби

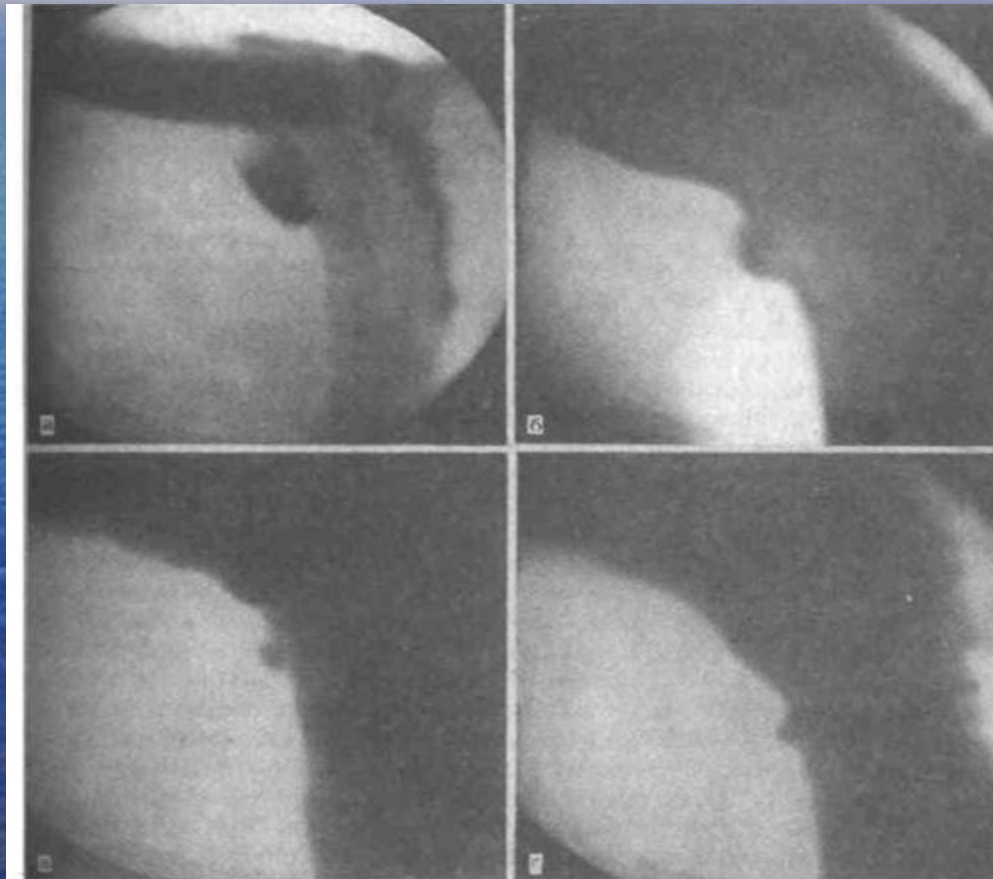


Рис 51 Серия прицельных снимков, выполненных в течение 8 нед (а—г)  
Уменьшение язвы желудка под влиянием консервативного лечения

# Симптом «ниші» при виразковій хворобі





## **Класифікація виразкової хвороби**

- 1. Ступінь тяжкості (вперше виявлена легка ступінь – рецидиви 1 раз на рік і рідше, середня – рецидиви 2 рази в рік, важка – рецидиви більше 2 разів у рік і ускладнення).**
- 2. Фаза – загострення, затухаюче загострення, ремісія.**
- 3. Клініко-ендоскопічна стадія – свіжа виразка, рубцююча виразка, зарубцьована виразка, рубцево-виразкова деформація.**
- 4. Локалізація виразки – шлунок (кардіальний, субкардіальний відділ, мала кривизна, велика кривизна, пілоричний відділ), 12-пала кишка (бульбарна, постбульбарна).**
- 5. Характер гастриту (поверхневий, атрофічний, локалізація), гастродуоденита (активний, ерозивний, гіперпластичний, асоційований з *HELICOBACTER PYLORI*).**
- 6. Функціональна характеристика (зі зниженою кислотоутворюючою функцією шлунка, збереженою, підвищеною).**
- 7. Ускладнення – пенетрація (у підшлункову залозу, гепатодуоденальну зв'язку, жовчний міхур, печінку, товсту кишку), гостра кровотеча, перфорація, стеноз (компенсований субкомпенсований, декомпенсований)**

# ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

- КЛАСИЧНИЙ ПЕРЕБІГ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ МЕНШЕ, НІЖ У 50% ДІТЕЙ
- У 15% ДІТЕЙ СКАРГИ ВІДСУТНІ (СПЛЯЧА АБО НІМА ВИРАЗКА)
- У 3% ДІТЕЙ ЗАХВОРЮВАННЯ ВПЕРШЕ ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ УСКЛАДНЕННЯМ (КРОВОТЕЧА, ПЕРФОРАЦІЯ)
- ЧИМ МОЛОДША ДИТИНА, ТИМ МЕНШ ТИПОВИЙ ПЕРЕБІГ ХВОРОБИ

# УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

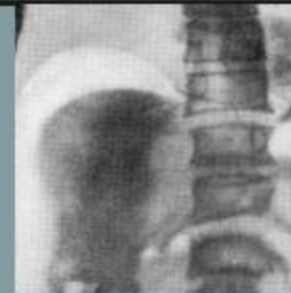
СИМПТОМАТИКА

ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ

ПЕРФОРАЦІЯ

Характерне положення хворого виразковою хворобою



На рентенограмі відмічається наявність вільного газу в черевній порожнині

ЕКСТРЕННА ОПЕРАЦІЯ

КРОВОТЕЧА

Кровотеча у хворого виразковою хворобою шлунка у вигляді блювоти "кофейною гущою"



Показники гемодинаміки і результати термінових аналізів крові

Артеріальний тиск - 80 і 50 мм рт. ст.

Число серцевих скорочень - 120 за хв.

Гемоглобін 70 г/л; еритроцити -  $2,9 \cdot 10^{12}$  в 1 л

1. Госпіталізація
2. Абсолютний спокій
3. На живіт міхур з льодом
4. Переливання крові до 500 мл, введення внутрішньовенно гіпертонічних розчинів і фізіологічного розчину під шпатель
5. Дієта - 1-2 доби голод, потім холодна їжа і курс противиразкового дієтичного лікування
6. При повторних кровотечах - хірургічне лікування

РУБЦЕВО-ВИРАЗКОВИЙ СТЕНОЗ ПІЛОРУСА

Характерне положення хворого при рубцево-виразковому стенозі пілоруса



Рентенограма хворого зі стенозом пілоруса: розширений шлунок

ПРИ ПОМІРНОМУ СТЕНОЗУВАННІ

1. Ліжковий режим
2. Курс противиразкового дієтичного лікування: скорочення проміжків між їжами, зменшення маси разової їжі, вживання, додання білкових продуктів
3. Повторні промивання шлунка
4. При обезводнюванні і електролітних порушеннях - крапельні клізми, фізіологічний розчин під шкіру, 10% розчин хлориду кальцію, хлориду натрію внутрішньовенно. При відсутності ефекту від консервативного лікування і вираженому стенозі - хірургічне лікування.

# ускладнення виразкової хвороби

**Кровотеча** - найчастіше (80 %) ускладнення.

**Клініка:** кровава блювота, мелена, симптоми гострої крововтрати

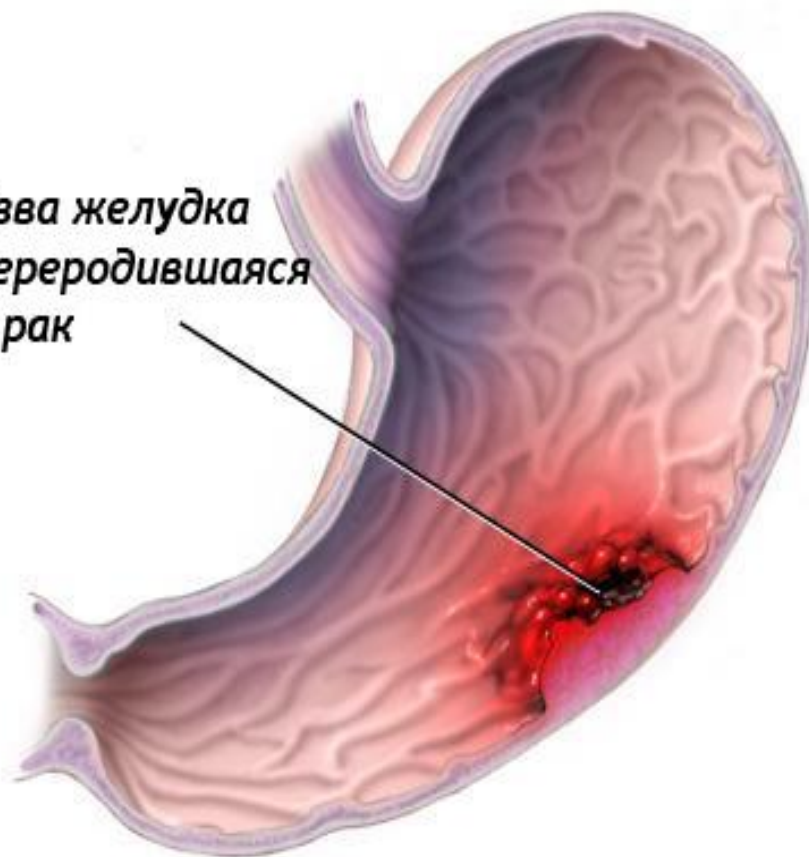
- Блювота «кофейною гущею» (гемоглобін під впливом HCl перетворюється в гематин, який має чорний колір)
- Мелена – чорний стул, спостерігається при втраті >60 мл крові (звільняється сірчисте залізо під впливом травних ферментів)
- Симптоми крововтрати виникають у разі втрати великої кількості крові: слабкість, нудота, блідість, тахікардія, холодний, липкий піт, зниження АТ, запаморочення, іноді непритомність
- Кровотеча може бути прихована. В калі визначається прихована кров (позитивна реакція Грегерсена).

# Алгоритм діагностичних методів при підозрі на виразкову кровотечу

- Збір анамнезу і огляд хворого
- Визначення групи крові і резус-приналежності
- Ендоскопія і при необхідності рентгеноскопія шлунка і 12-палої кишки
- УЗД органів брюшної порожнини

- **Перфорація** (8 %) – (8 %) – раптова «кинджальна» біль в епігастрії, нудота, доскоподібне напруження м'язів передньої черевної стінки, блювота, що не приносить полегшення.
- **Пенетрація** (1,5 %) – поширення виразки в навколишні тканини. Визначається рентгенологічно і зміною функції сполучених постраждалих органів.
- **Пілородуоденальний стеноз** (11 %). Формується поступово. Відчуття переповнення в шлунку, нудота, відрижка, печія, блювота, після якої настає полегшення. Шум плескоту в епігастрії. Рентгенологічно – розширення шлунка, уповільнення його спорожнення.

*Язва желудка  
переродившаяся  
в рак*



# Диференціальний діагноз

Проводиться з гострими (симптоматичними) виразками.

**Стресові.** Виникають при опіках, травмах, обмороженнях. Клініка малосимптомна, перша ознака – гостро виникає кровотеча, рідше – перфорація.

**Медикаментозні.** Розвиваються після прийому засобів, що порушують бар'єрні функції слизової оболонки (нестероїдні та стероїдні протизапальні препарати, цитостатики та ін). Безсимптомний перебіг. Маніфестують кровотечами.

**Гепатогенні.** Розвиваються при зниженні інактивації в печінці гастрину і гістаміну. Клінічна картина стерта і атипова, перебіг торпідний, погано піддається терапії

**Панкреатогенні.** Розвиваються при зниженні продукції бікарбонатів і підвищенні продукції кінінів. Виражений больовий синдром, який пов'язаний з прийомом їжі. Перебіг торпідний.



- **Ендокринні.** Зустрічаються рідко. При діабеті, гіпотиреозі. За течією схожі на важку виразкову хворобу.
- **Синдром Золлінгера-Еллісона** - гастринпродукуюча пухлина (гастринома), частіше локалізується в антральному відділі шлунка або підшлункової залози, у 16% випадків злоякісна. Ригідність до противиразкової терапії. Скринінговий тест – підвищення натщесерце концентрації гастрину в сироватці крові
- **Алергічні виразки** найбільш часто розвиваються при харчовій алергії.
- **При хронічній нирковій недостатності** внаслідок порушення руйнування гастрину в нирках і порушення захисного бар'єру шлунка.
- **При дифузних захворюваннях сполучної тканини** в результаті порушення мікроциркуляції.

# Клінічна картина симптоматичних виразок:

- 1.Труднощі розпізнавання
- 2.Відсутність типового больового синдрому та диспепсичних розладів
- 3.Відсутність сезонності та періодичності загострень
- 4.Ризик розвитку життєзагрожуючих станів (кровотеча, проривні виразки)

## Ендоскопічна картина

- 1.Можуть бути поодинокими і множинними
- 2.Діаметр виразки зазвичай не перевищує 1 см
- 3.Форма виразки овальна або кругла, «штамповані» дефекти
- 4.Дно виразки – плоске кратероподібне
- 5.Навколо виразки – віночок яскраво-червоного кольору, запальний вал відсутній
- 6.Основна локалізація – шлунок
- 7.Швидко епітелізуються

# Лікування виразкової хвороби

Лікування ВХ спрямоване на придушення факторів агресії, провідними з яких є кислотно-пептичний фактор і інфікованість слизової оболонки шлунка **HELICOBACTER PYLORI**.

## ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ:

1. Відмова від куріння, вживання алкоголю.
2. Відмова від застосування стероїдних та нестероїдних протизапальних засобів, при неможливості скасування обмеження дози.
3. Раціональне харчування. Передбачається дробове харчування 5-6 разів на день з виключенням гострих, маринованих і копчених продуктів. Щадна дієта № 1-б показана при симптомах прояву загострення.

## ПРИНЦИПИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ:

1. Ерадикація **HELICOBACTER PYLORI**
2. Придушення кислотно-пептичної агресії.
3. Корекція моторно-евакуаторних порушень.
4. Стимуляція репаративних процесів.

# Фармакотерапія ВХ

- ВХ є обов'язковим показанням до ерадикації НР незалежно від стадії захворювання
- Лікування повинно включати першу і другу лінію ерадикаційної терапії.
- Перша лінія терапії проводиться відразу після встановлення діагнозу ВХ незалежно від періоду (загострення, ремісія) і ускладнень.
- Контроль проводять не раніше, ніж через місяць, переважно неінвазивними методами: дихальний (вуглецевий С13 або Хелик-тест) або тест визначення хелікобактер пілорі в калі.
- При позитивному результаті на НР призначають терапію другої лінії. При негативному – терапія не показана.

Відкривши бактеріальну природу виразки шлунка, вчений Джеймс Баррі Маршалл поклав світову фарміндустрію на лопатки. Він довів, що смертельні хвороби можна вилікувати елементарними препаратами



**Ерадикація HELICOBACTER PYLORI сприяє регресії запально-дистрофічних змін та відновлення захисних властивостей слизової оболонки шлунка.**

**ПРЕПАРАТИ З АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЮ АКТИВНІСТЮ** – фуразолідон, кларитроміцин, амоксицилін, колоїдний субцитрат вісмуту.

**ВРАЗКИ ЕРАДИКАЦІЙНИХ СХЕМ** (дітям старше 12 років)

Омепразол + кларитроміцин + фуразолідон

Омепразол + амоксицилін + кларитроміцин

Омепразол + колоїдний субцитрат вісмуту + фуразолідон+ амоксицилін

**КОМБІНОВАНІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ**

Гастростат (колоїдний субцитрат вісмуту + тетрациклін ) – дітям старше 6 років

Пілорид (ранітидин + вісмуту цитрат)

Терапію за схемами продовжують протягом 7 днів, потім залишають тільки антисекреторну терапію.

# Правила антихелікобактерної терапії

- Якщо при використанні схеми лікування не настає ерадикація, повторювати її не слід, це означає, що *H. pylori* придбала стійкість до одного з компонентів лікування.
- Якщо використання однієї, а потім іншої схеми не призводить до ерадикації, потрібно визначити чутливість *Helicobacter pylori* до всього спектру призначених антибіотиків.
- Поява *H. pylori* у хворого раніше року після лікування слід розглядати як рецидив інфекції, а не реінфекції. При цьому застосовують ефективну схему.
- Скорочення кількості антибіотиків у схемі призводить до розвитку резистентних штамів *H. pylori*. Після закінчення 7-денної комбінованої ерадикаційної терапії лікування продовжується ще протягом 4-5 днів при дуоденальній виразці і 7-8 тижнів при шлунковій з використанням одного з антисекреторних препаратів.

# Точки докладання основних противиразкових засобів





# АНТИСЕКРЕТОРНІ ПРЕПАРАТИ

- Селективні М-холінолітики (пірензепин, гастроцепін)
- Блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістамину (ранітидин, фамотидин)
- Інгібітори протонної помпи – блокатори H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>АТФази парієтальної клітини (омепразол) – дітям старше 12 р.

# Антисекреторна терапія

## 1. Блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну

- Селективно інгібують секрецію соляної кислоти
- Зменшують об'єм шлункового соку
- Знижують рівень пепсину
  
- Група циметидина – 1 покоління (циметидин, тагамет, гістодил, цимегексал, нейтронорм, примамет)
- Група ранітидина – 2 и 3 покоління (ранітидин, ранісан, зантак, улькодин, зоран, гістак, ранігаст, ранітаб, ранітард, ранітин)
- Група фамотидина – 2 и 3 покоління (лецидил, гастроцидін, квамател, фамоцид, ульфаамід, фамодин)
- Група нізатидина (аксид)
- Група роксатидина (роксан)

## 2. Блокатори периферичних М-холинорецепторів

(гастроцепин, пірензепин, гастрозем, гастрил, пірен)

- Подавляють продукцію соляної кислоти і пепсина
- Збільшують протективні якості шлункового слизу

## 3. Блокатори $H^+ / K^+ -ATP$ Фази (інгібітори протонної помпи)

(омепразол, оmez, омепрол, омизак, орнатол, лосек)

- Інгібують синтез соляної кислоти

# Цитопротектори

1. Плівкоутворювальні (зменшують зворотну дифузію іонів водню):

**Колоїдний субцитрат вісмуту, де-нол** (трибимол, вентриксол). Підсилює вироблення простагландинів, адсорбує пепсини, має антигелікобактерну активність.

**Сукральфат (вентер, антепсин)**. З'єднує алюміній з сульфатированим полісахаридом, в кислому середовищі набуває клейкі властивості, на поверхні виразок і ерозій утворює комплексне з'єднання з білком – хелат, створюючи механічний захисний бар'єр.

Плівкоутворювальні препарати є базисними препаратами при виразках шлунка з нормальною секреторною функцією.

2. Простагландини – підсилюють синтез бікарбонатів та слизу, збільшують товщину захисного геля, покращують мікроциркуляцію. Це мезопростол (арбопростил, енпростил).

Приймають до їжі та на ніч. Курс – 4 тижні.

- При наявності супутніх моторних порушень (ДГР, ГЕР) використовують домперидон, мотиліум 1 мг/кг в 3 прийоми або цизаприд (кардинакс, пропульсид) 0,4-0,5 мг/кг/доб.
- Спазмолітики (но-шпа, папаверин, платифілін, бускопан)

# Заходи при кровотечі

- Екстрена госпіталізація з метою можливої ендоскопічної зупинки (діатермо - або лазерна коагуляція)
- Внутрішньовенне введення кровоспинних препаратів (вікасол, кальцій, андроксол)
- Прийом всередину 5 % р-ра амінокапронової кислоти з тромбином і андроксолом
- Призначення H<sub>2</sub> –гістаміноблокаторов внутрішньом'язово (квamatел 2мг/кг/добу внутрішньовенно мікроструйно)
- При значній крововтраті – переливання плазми і одногрупної сумісної крові

- Тривалість стаціонарного лікування при ВХ ДПК – 28 днів, ЯБШ – 30-35 днів, при тяжкому перебігу – до 6-8 тижнів.
- При репарації виразки (фаза неповної ремісії) лікування продовжують в амбулаторних умовах. У фазі ремісії показано санаторно-курортне лікування.



# Диспансеризація

- **Спостереження педіатра 2-4 рази на рік, залежно від особливостей перебігу хвороби.**
- **При відсутності загострення - ФГДС 1 раз на рік, а також при неефективності терапії "на вимогу" в період загострення.**
- **Дослідження шлункової секреції методом рН-метрії 1 раз на рік.**
- **Аналіз калу на приховану кров 1 раз в 6 міс.**

- У періоді повної ремісії протягом 4-6 місяців триває дієта № 1.
- Дитина звільняється від занять фізкультурою в основній групі.
- У періоді диспансеризації не рідше 2-х разів на рік (як правило, восени і навесні) проводяться профілактичні курси лікування тривалістю 3-4 тижні (без відриву від навчання).
- Санаторно-курортне лікування проводиться в періоді повної ремісії або затухаючого загострення при відсутності явищ вираженого гастродуоденіту, а у випадку, якщо мала місце кровотечія – не раніше, ніж через 6 місяців, за умови повної ремісії (Трускавець, Моршин, Березівські мінеральні води, Рай-Оленівка та ін)
- Якщо у диспансерного хворого протягом 5 років немає загострень і він перебуває у стані повної ремісії, то такий хворий підлягає зняттю з обліку.



ANNE GEDDES®

[www.annegeddes.com](http://www.annegeddes.com)

© 1995 Anne Geddes