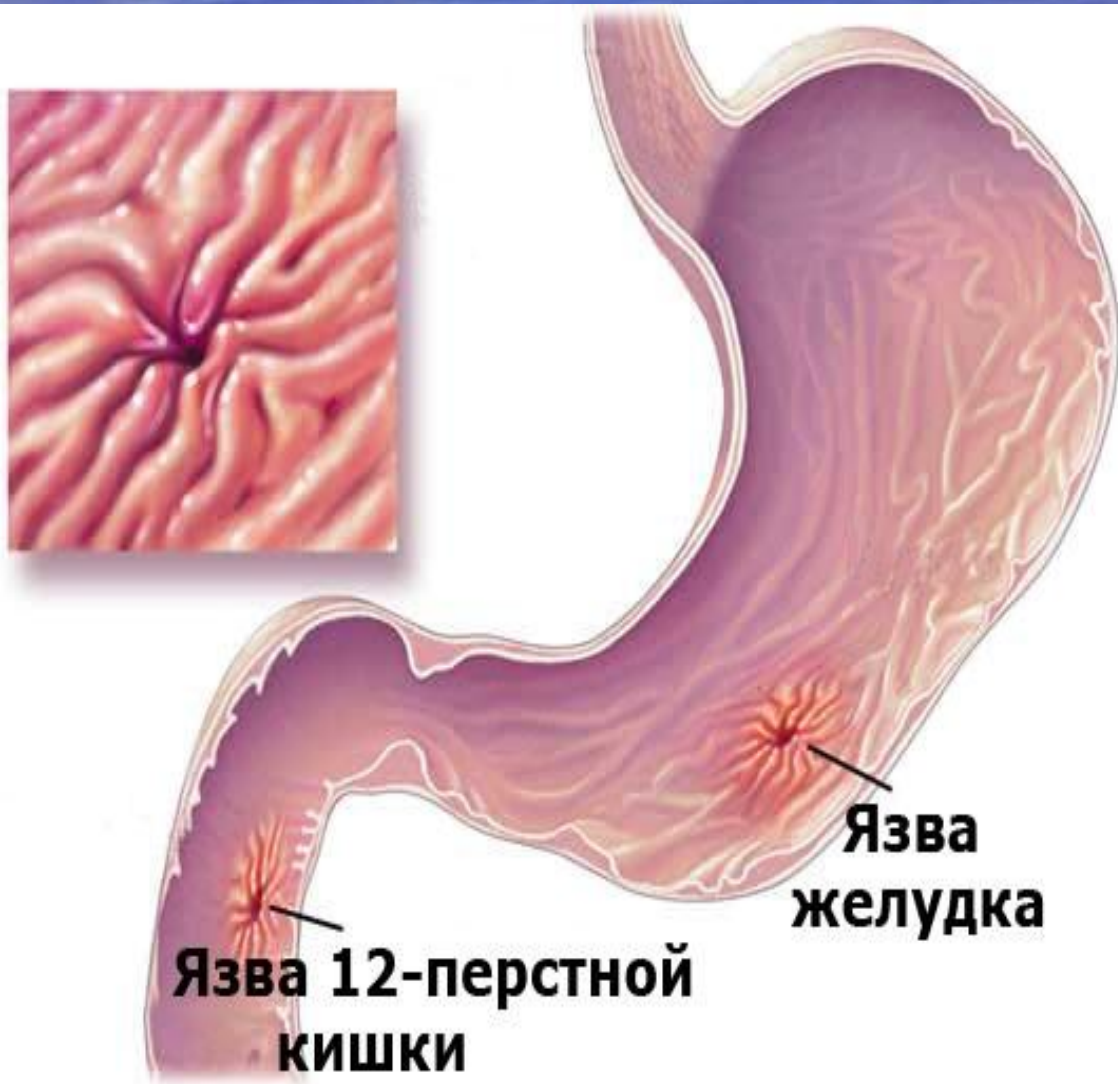


ВИРАЗКОВА ХВОРОБА У ДІТЕЙ



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





ВИРАЗКОВА ХВОРОБА -

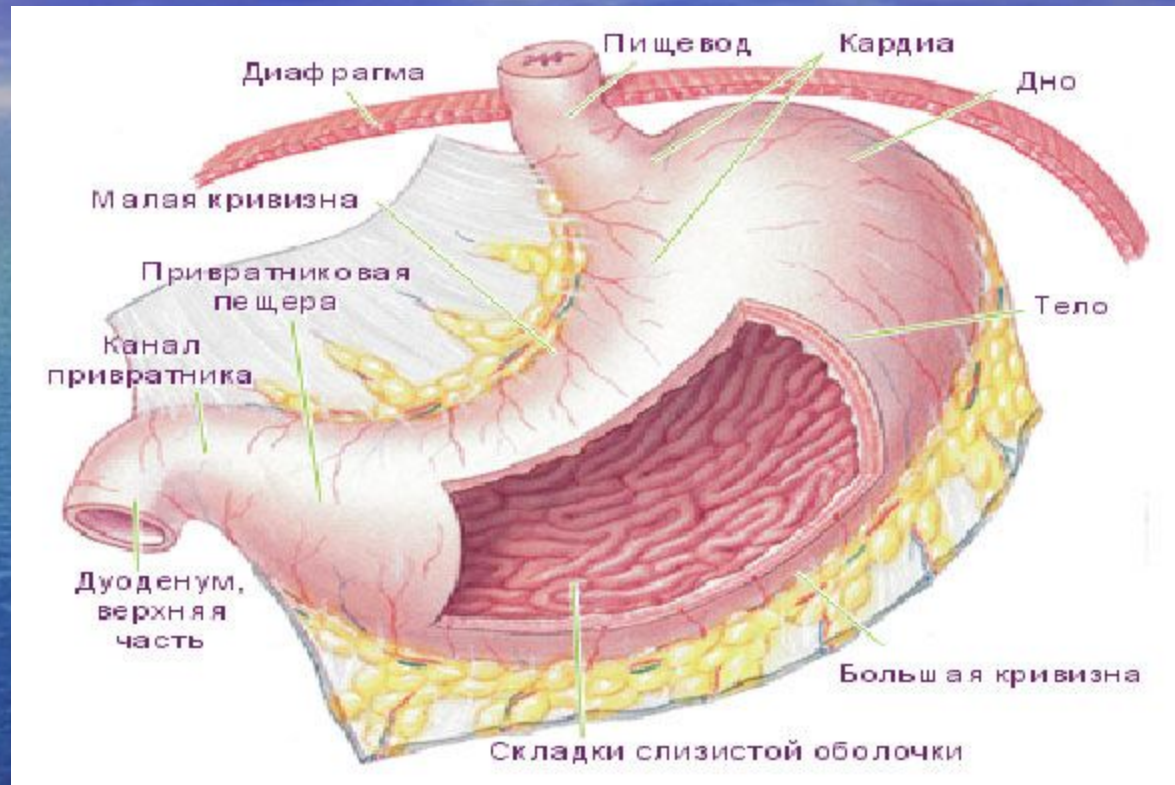
- хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується розвитком виразкового дефекту в дванадцятипалій кишці або шлунку з можливим прогресуванням і розвитком ускладнень, при якому є спадкова обтяженість.

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

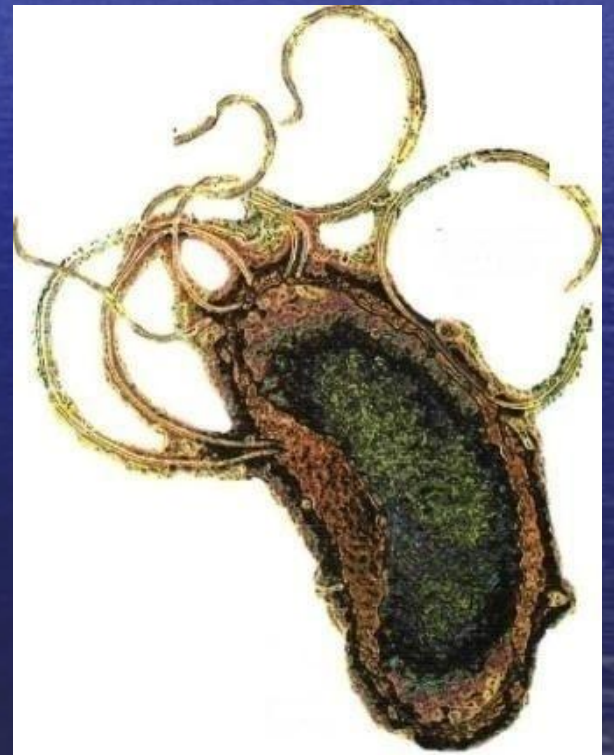
- інфікування НР
- Ранній перехід на штучне вигодовування (при цьому індукується збільшення гастрінпродуцуючих клітин і гістамінпродуцуючих клітин слизової оболонки антрального відділу шлунка)
- Аліментарні похибки
- Тривалий прийом деяких лікарських засобів (саліцилати, глюкокортикоїди, цитостатики)
- 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

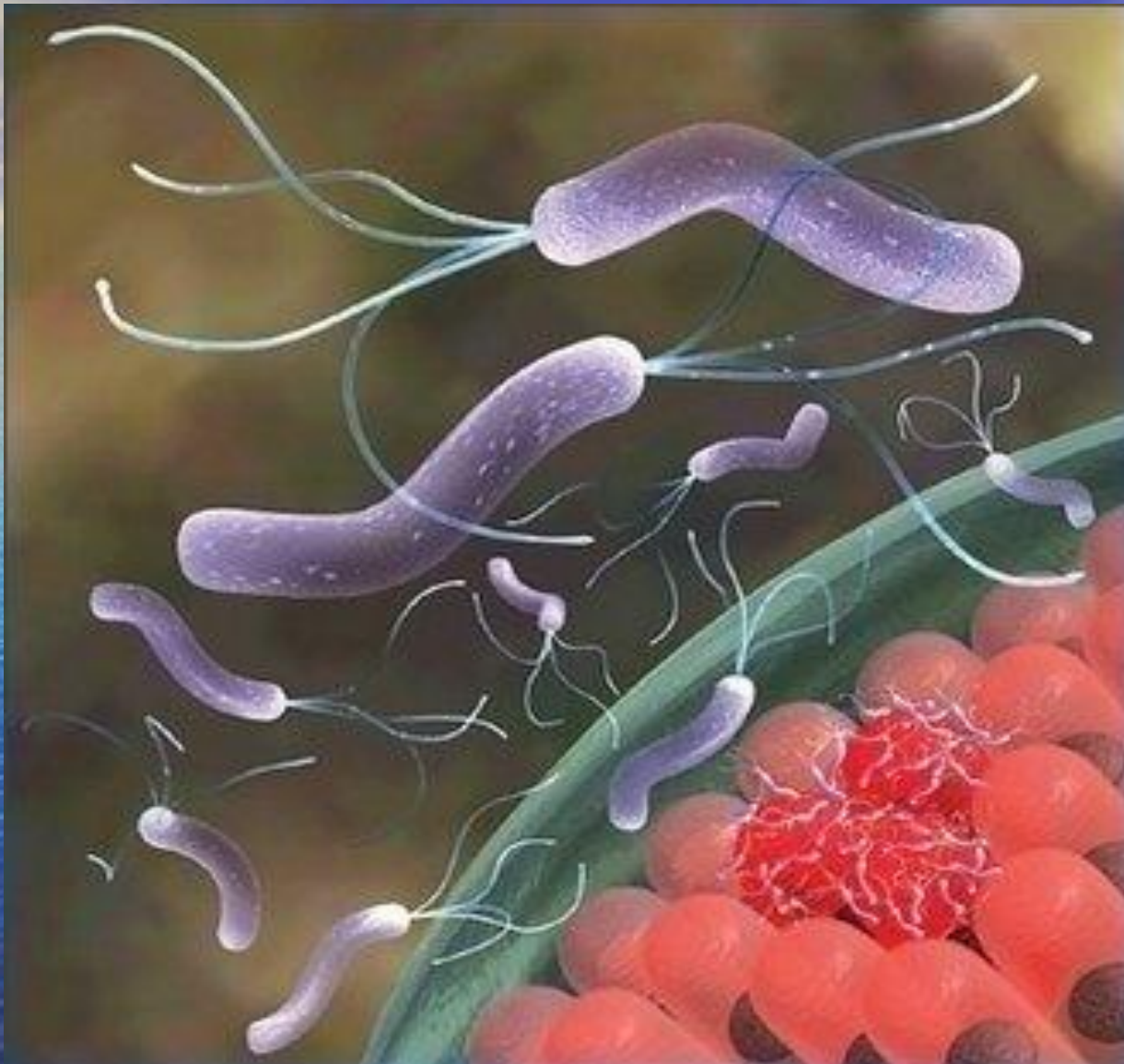
Фактори зовнішньої середи

- 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 метаблазії 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.



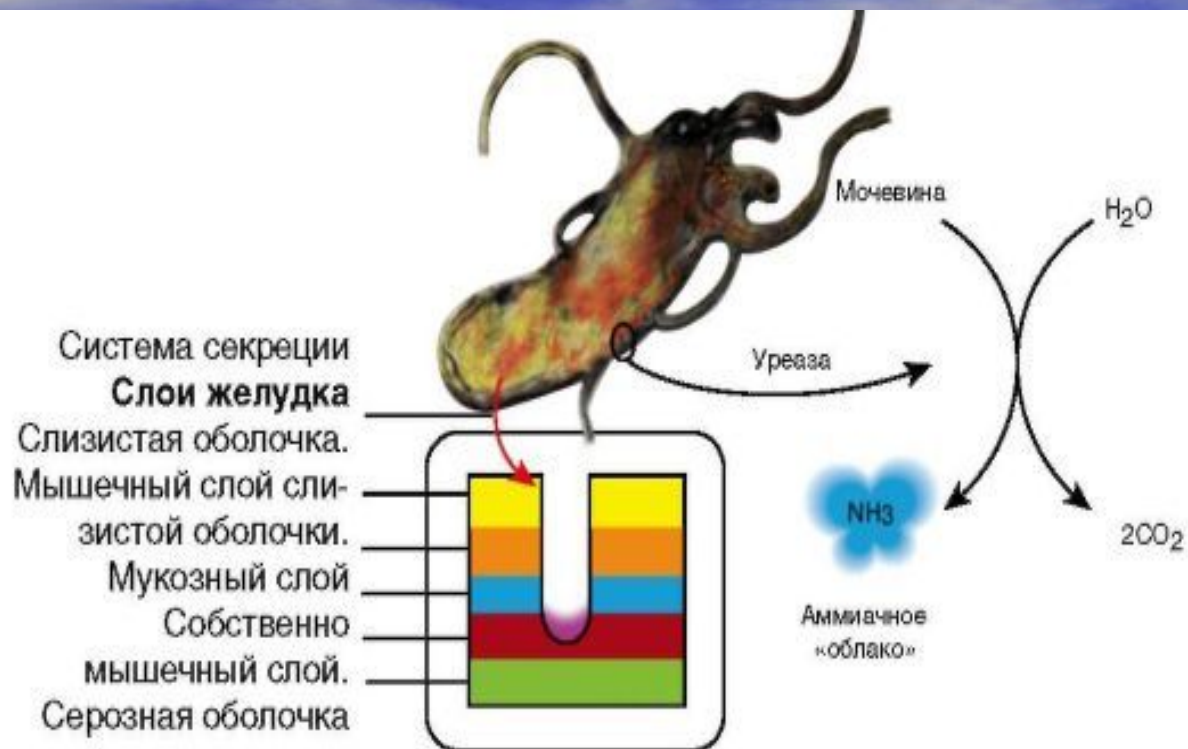




Патогенез

Спадкова схильність при ВХ проявляється в:

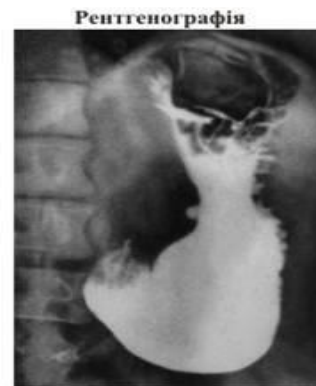
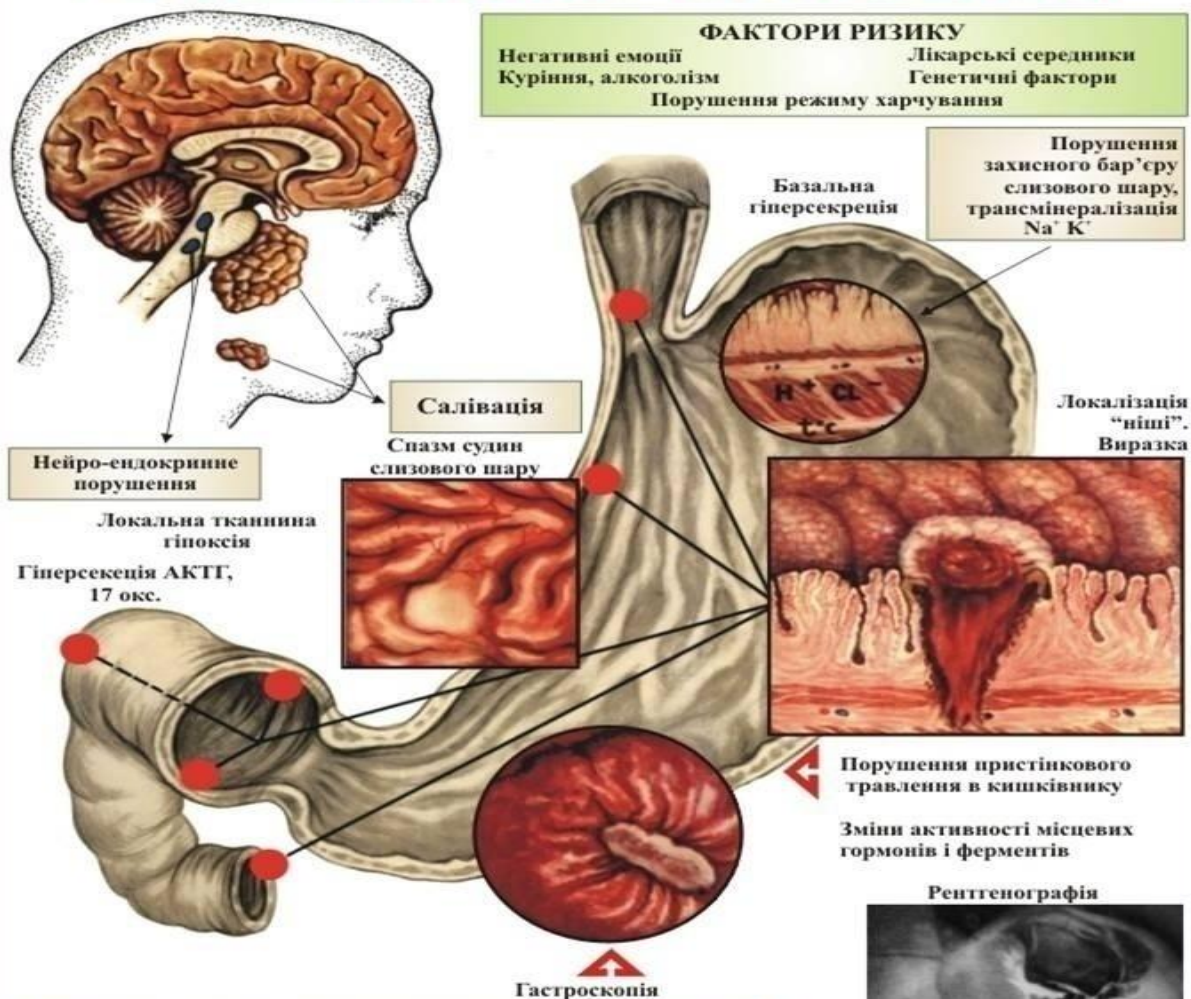
- Генетично детермінованих особливостях будови слизової оболонки шлунка - в підвищеній кількості гастрину-гістамінопродуцуючих клітин, гіперплазії фундальних залоз зі збільшенням числа головних і обкладочних клітин.
- Підвищеної кислотно-пептичної агресії, пов'язаної з успадкуванням підвищеної секреції 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 (Рg 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

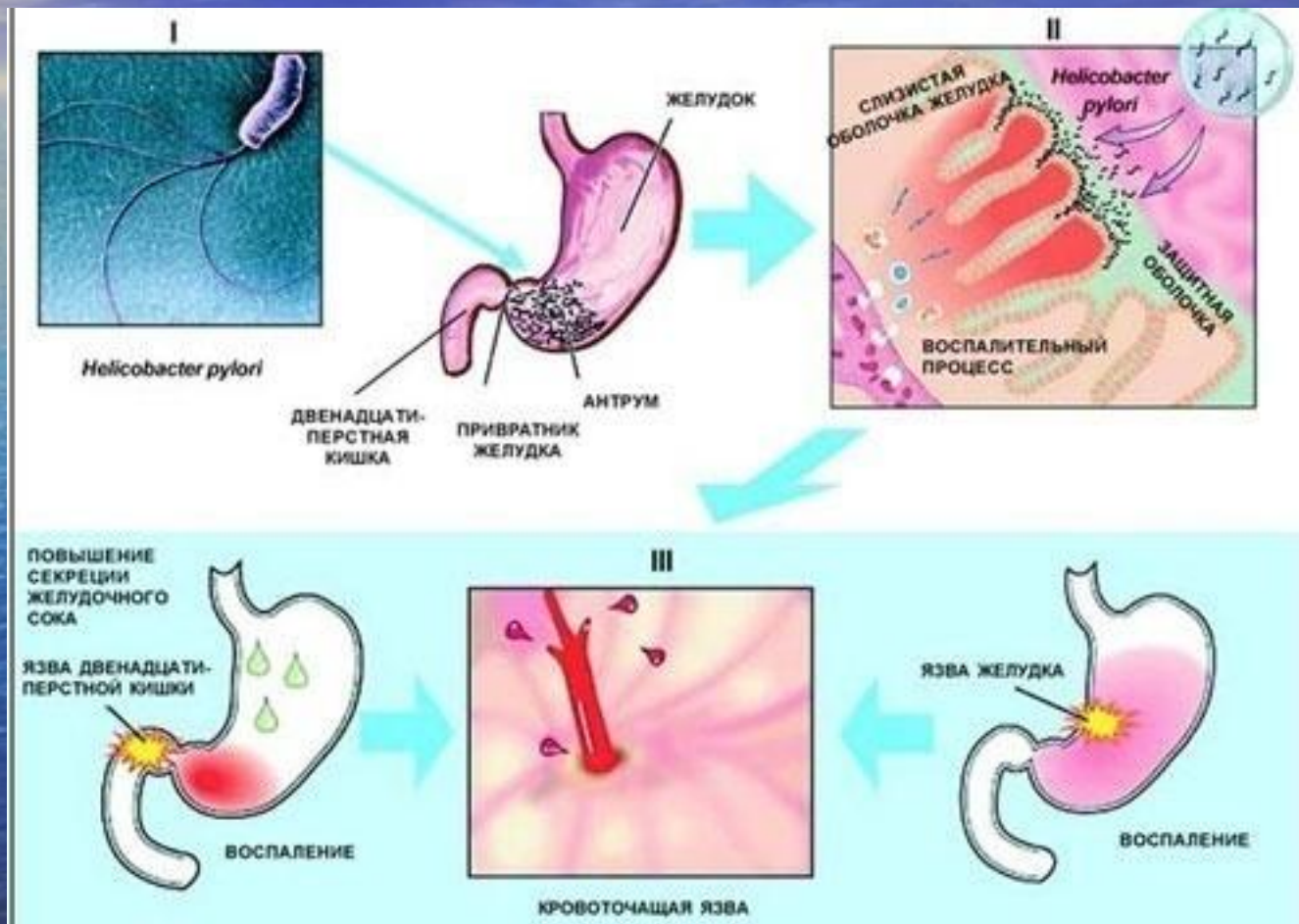


Другие факторы

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

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА (ФАКТОРИ РИЗИКУ І ПАТОГЕНЕЗУ)





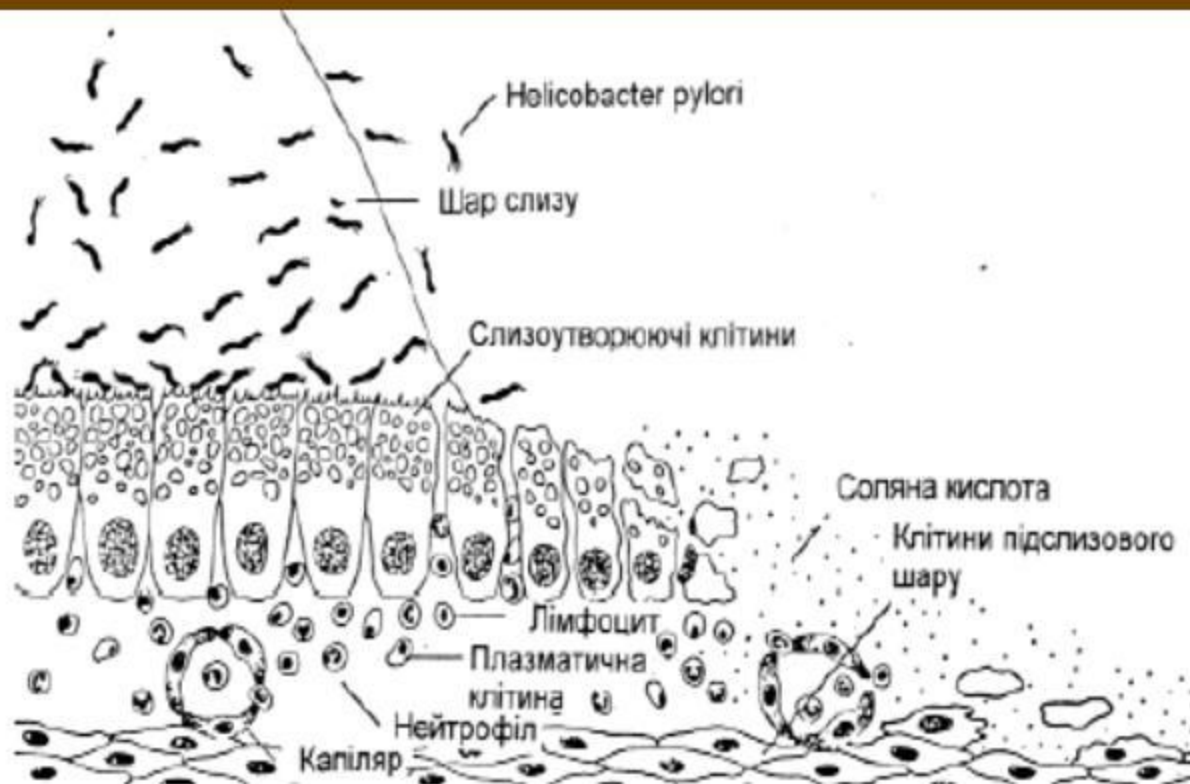
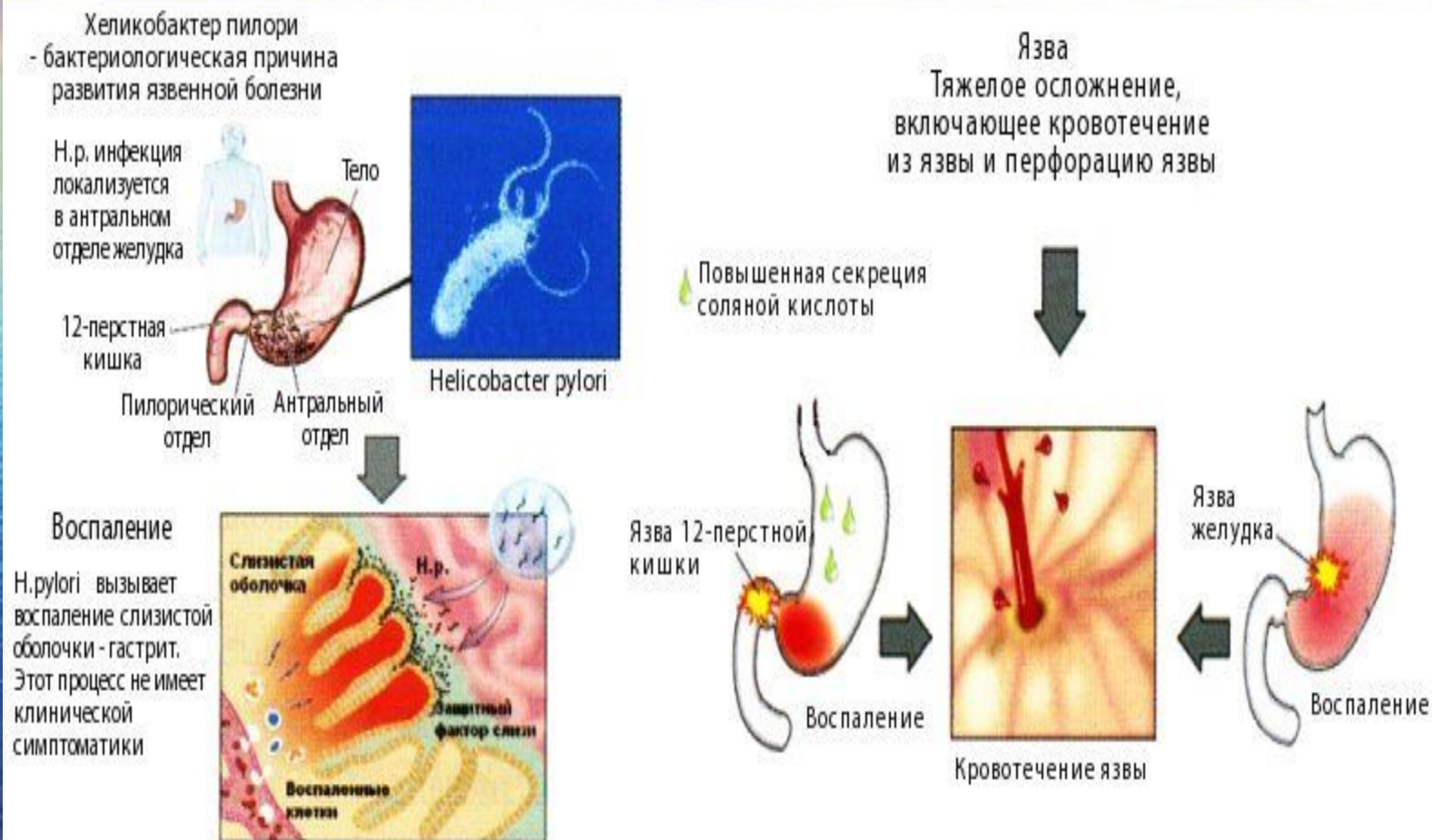
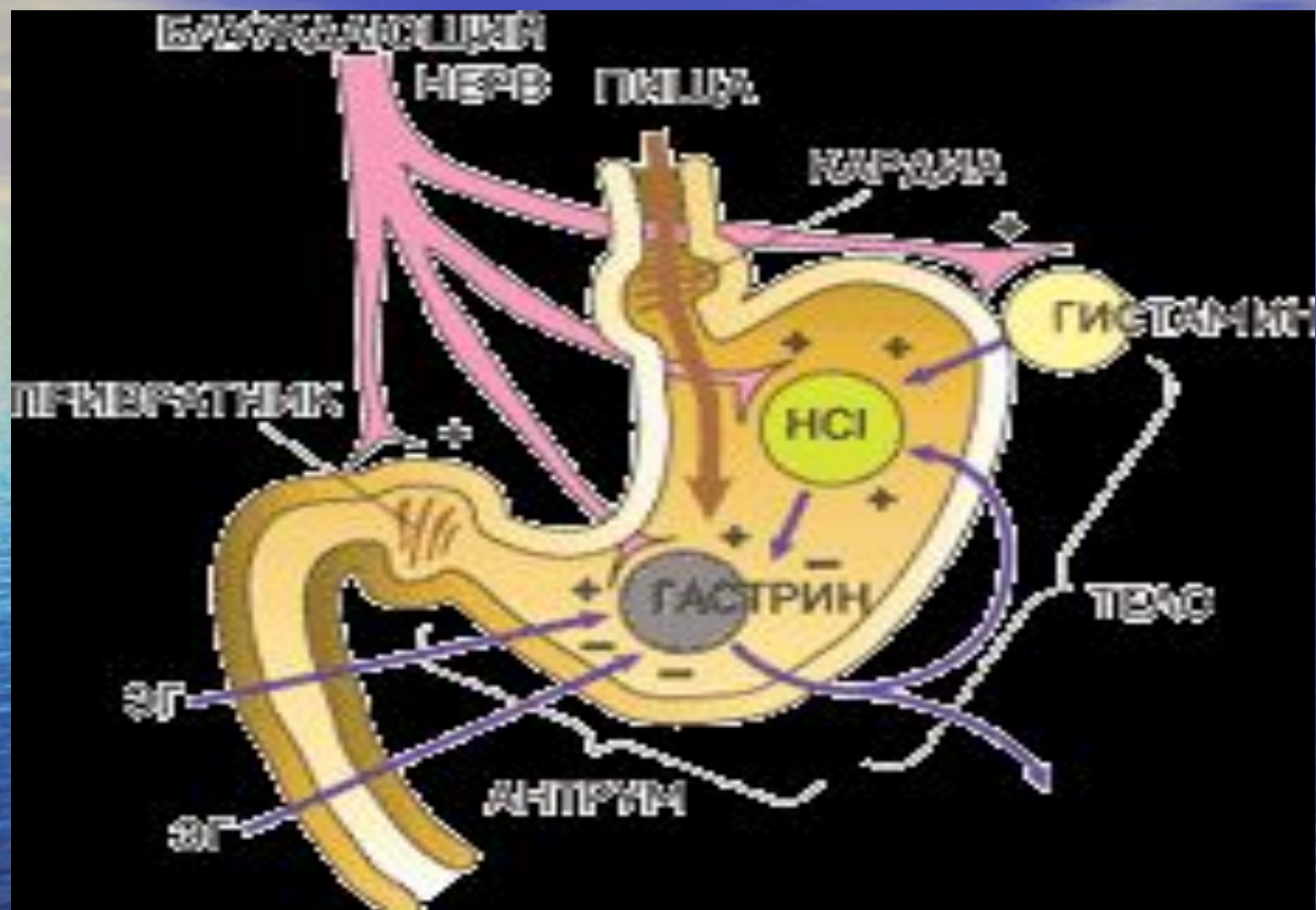


Рис. 1. Середовище заселення бактерій *Helicobacter pylori* (за В. Marshall, 1987)

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





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



- 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

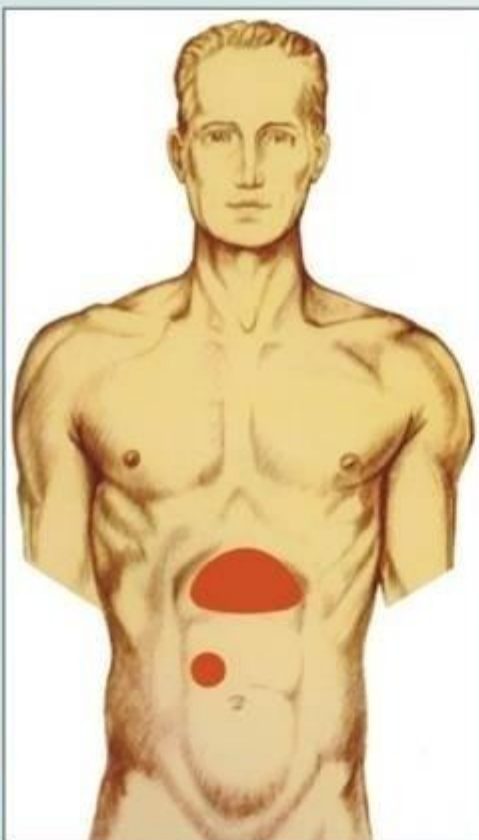
СКАРГИ ТА СИМПТОМАТИКА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКА

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 пілорoduоденальній ділянках

БЛЮВОТА:

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



ЗОНИ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ:

- 1 - епігастрій
- 2 - пілорoduоденальна зона



ХАРАКТЕРНА ПОЗА ХВОРОГО ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ

ДИСПЕПСИЧНІ ПОРУШЕННЯ:

печія, відрижка, саливація, запори, порушення апетиту - мають сезонний характер

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, нападоподібна, колюча	Різної інтенсивності, часто неінтенсивні

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

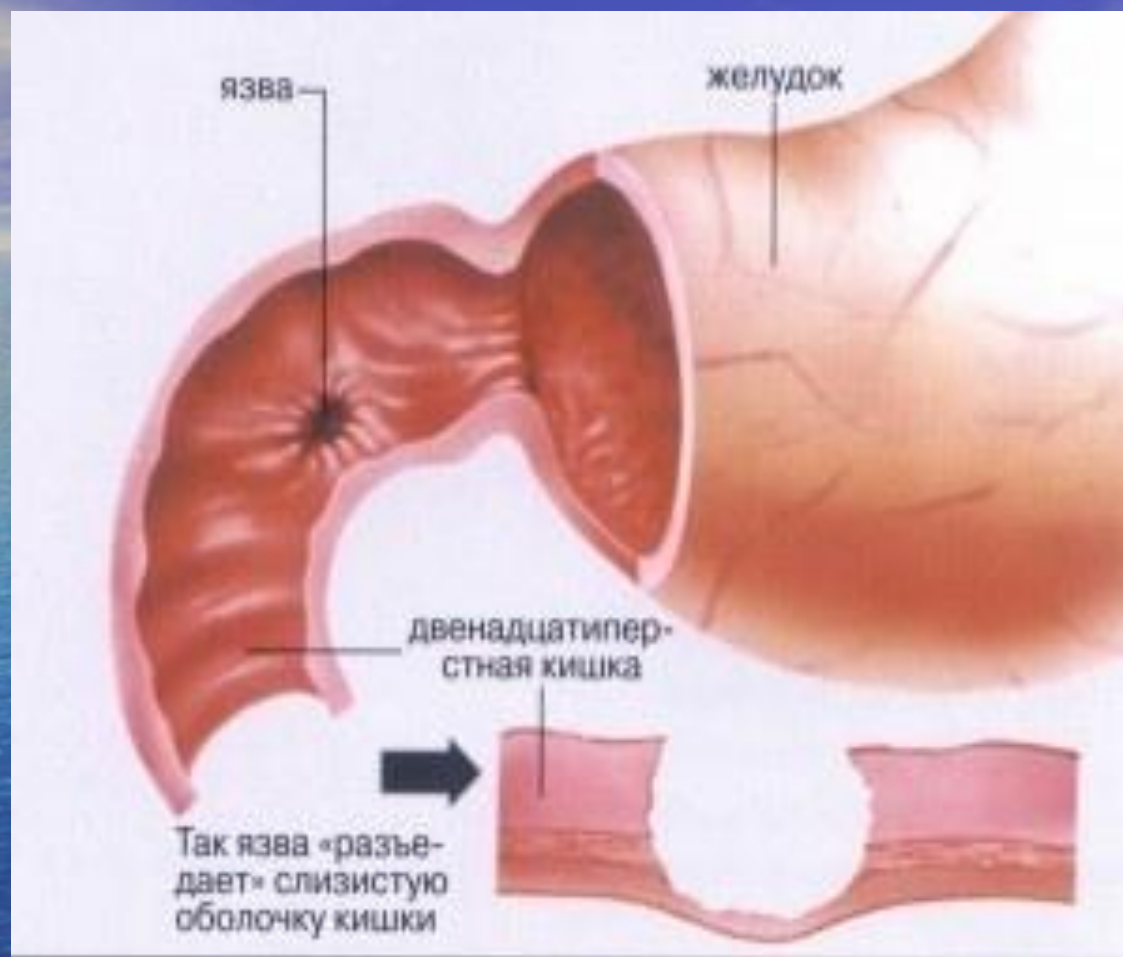
Найбільш інформативні діагностичні дослідження

- 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







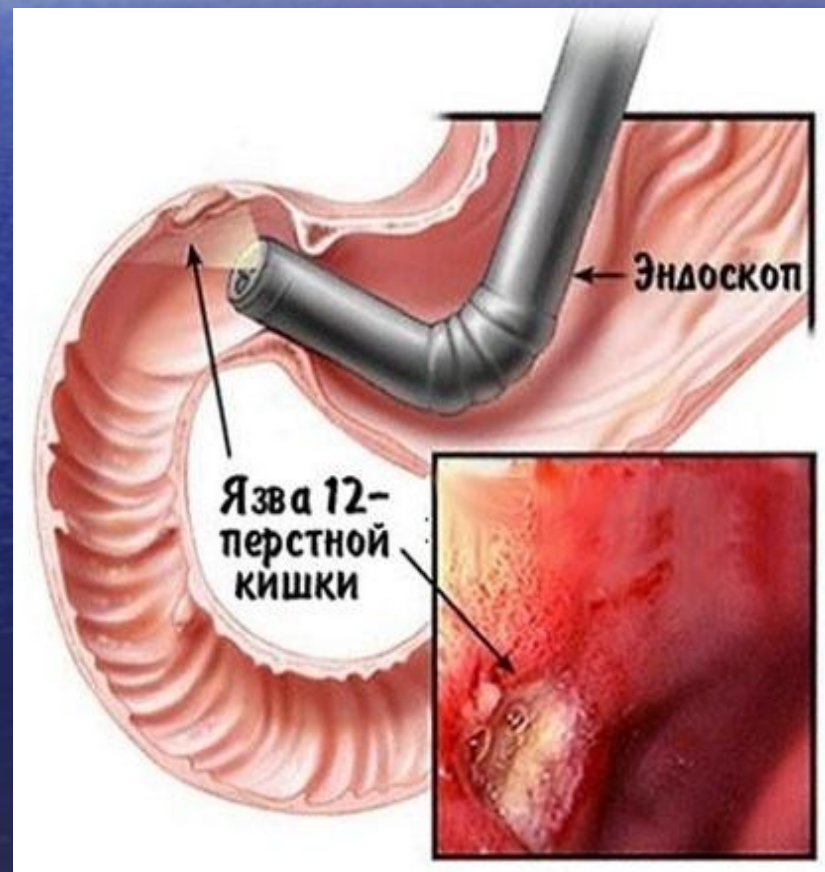
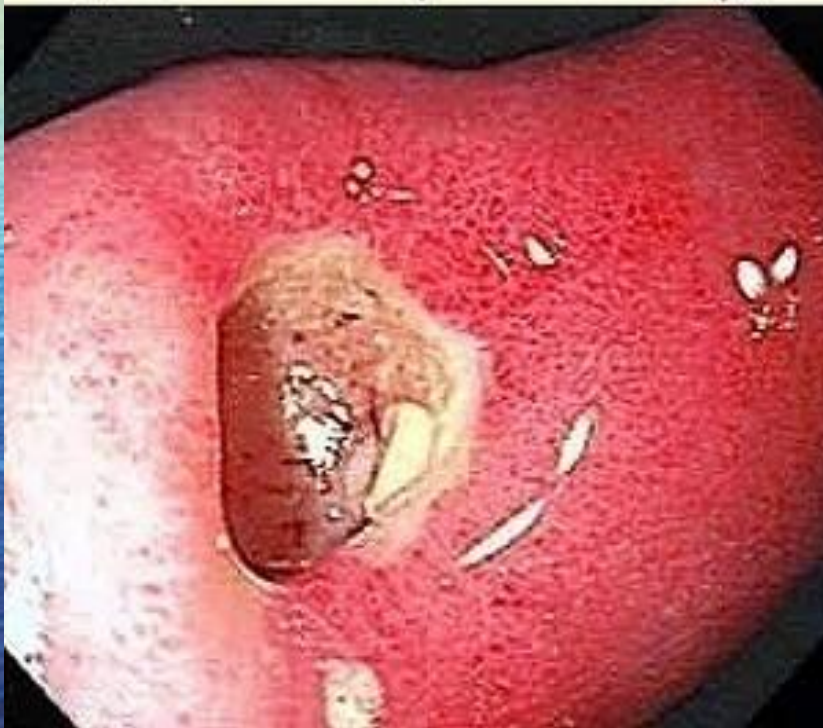
Ендоскопічна картина виразкової хвороби





ендоскопічна картина

Эндоскопическая картина язвы желудка



ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

рис. 5



острые эрозии -
плоские дефекты
с черным пигментом-
гелем



острая язва -
более глубокий
дефект слизистой

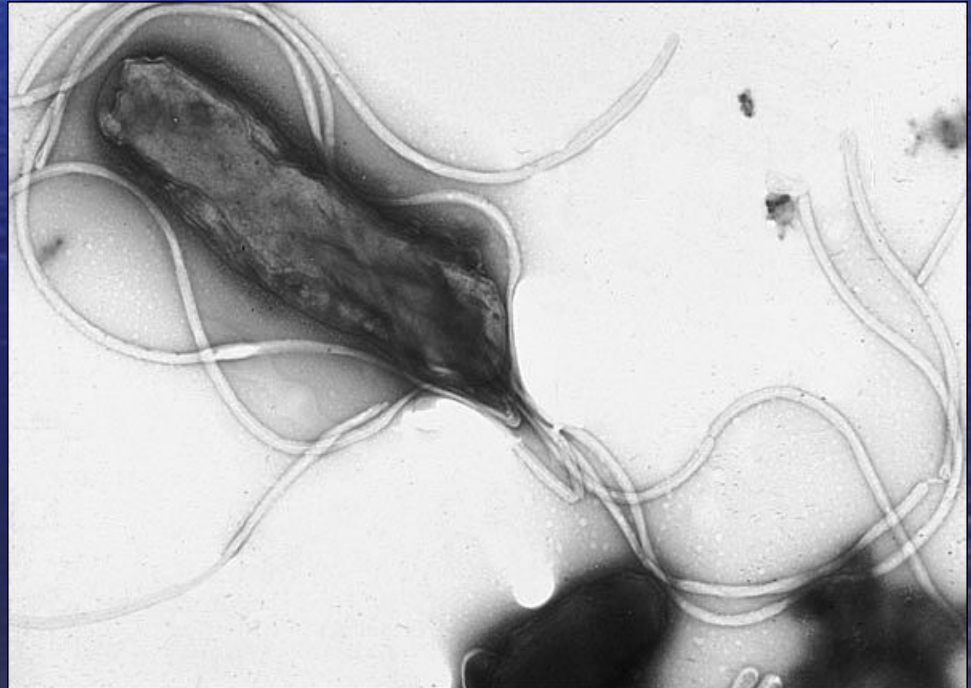


хроническая язва -
глубокий дефект во всех слоях стенки
(желудок) (12п кишка)
→ зона перфорации



**СВЕРТОК
КРОВИ**

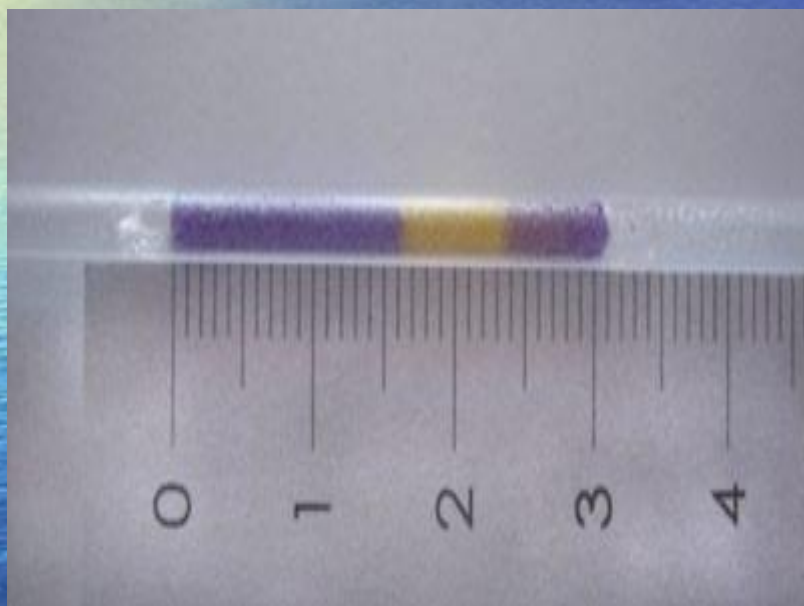
Імунологічний метод виявлення Н. pylori



Проведення хелік-теста



- Позитивний хелік-тест



Від'ємний хелік-тест





Внутришлункова Рн -метрія



Рентгенологічна діагностика виразкової хвороби

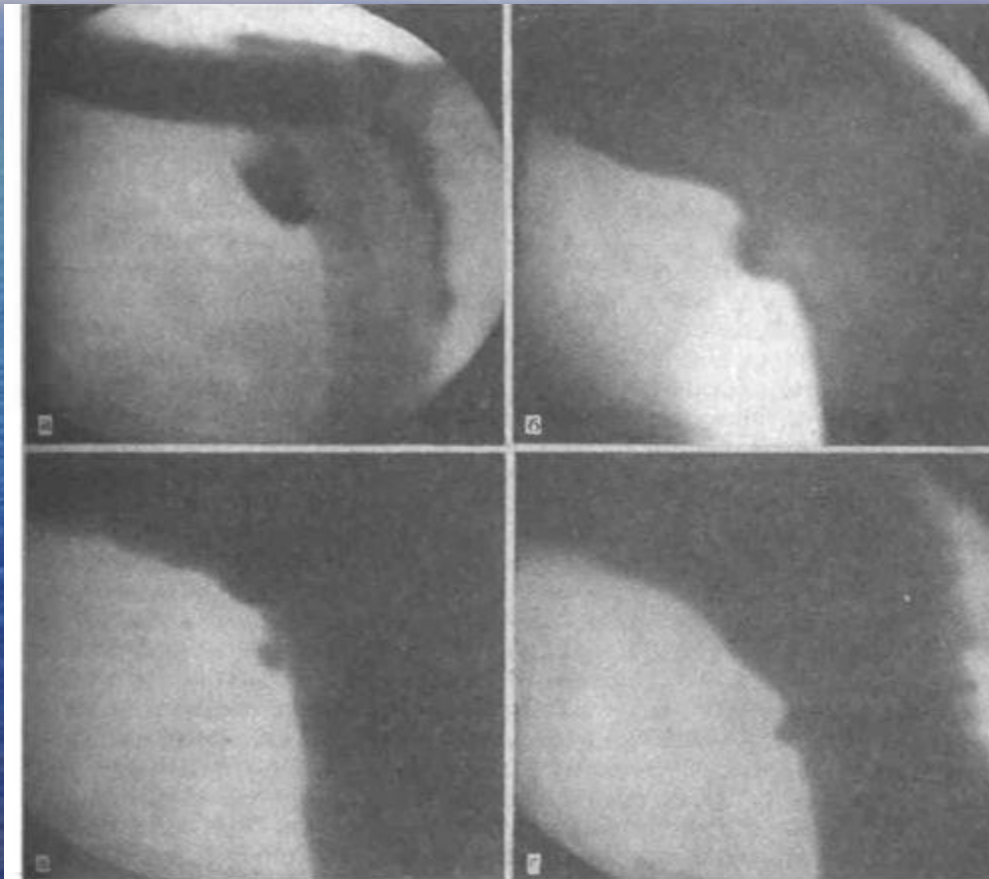
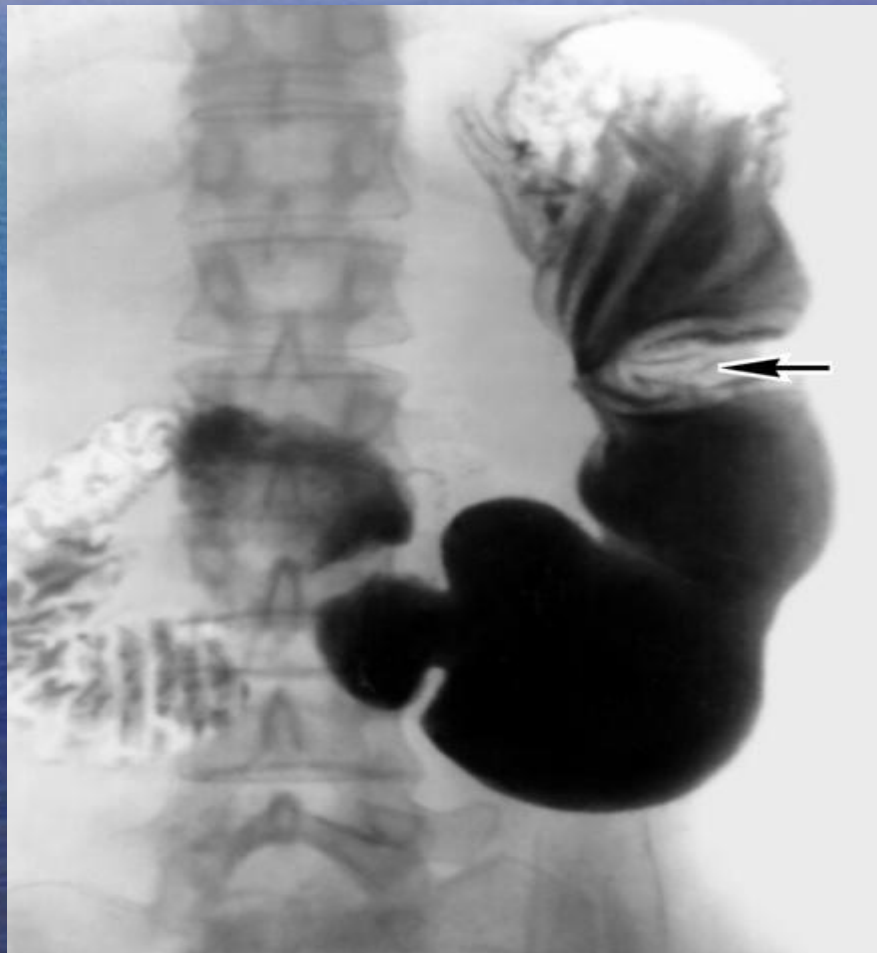


Рис 51 Серия прицельных снимков, выполненных в течение 8 нед (а—г)
Уменьшение язвы желудка под влиянием консервативного лечения

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

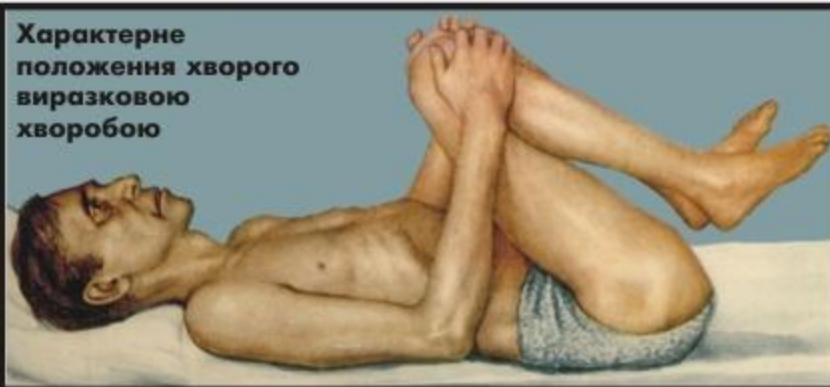
СИМПТОМАТИКА

ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ

ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ

ПЕРФОРАЦІЯ

Характерне
положення хворого
виразковою
хворобою



На рентгенограмі відмічається
наявність вільного газу в черевній
порожнині

ЕКСТРЕННА ОПЕРАЦІЯ

КРОВОТЕЧА

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



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
введення внутрішньовенно
гіпертонічних розчинів і
фізіологічного розчину під ш
5. Дієта - 1-2 доби голод, потім
холодна їжа і курс протипер
- дієтичного лікування
6. При повторних кровотечах
хірургічне лікування

РУБЦЕВО-ВИРАЗКОВИЙ
СТЕНОЗ ПІЛОРУСА

Характерне положення хворого
при рубцево-виразковому
стенозі пілоруса



Рентгенограма хворого зі стенозом
пілоруса: розширений шлунок

ПРИ ПОМІРНОМУ СТЕНОЗУВАННІ

1. Ліжковий режим
2. Курс противиразкового дієтичного
лікування: скорочення проміжків між
прийомами їжі, зменшення маси разової
їжі, вживання, додання білкових
продуктів
3. Повторні промивання шлунка
розчином соляної кислоти
4. При обезводнюванні і електролітних
порушеннях - крапельні клізми,
фізіологічний розчин під шкіру, 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

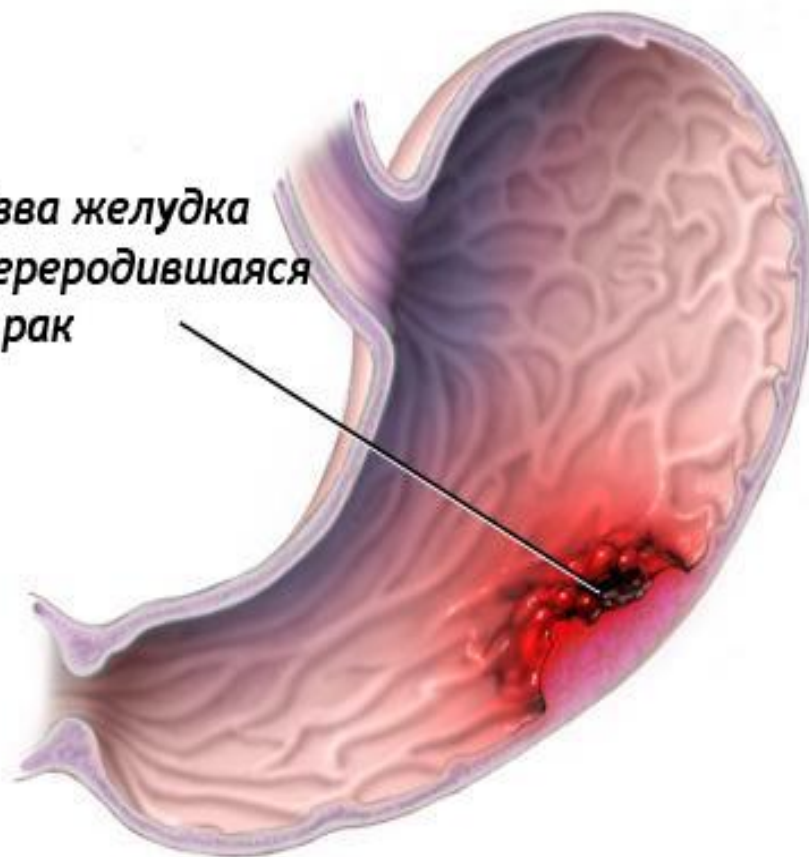
- Блювота «кофейною гущею» (гемоглобін під впливом HCl перетворюється в гематин, який має чорний колір)
- Мелена – чорний стул, спостерігається при втраті >60 мл крові (звільняється сірчисте залізо під впливом травних ферментів)
- Симптоми крововтрати виникають у разі втрати великої кількості крові: 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 подозрі 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. Рациональне 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.

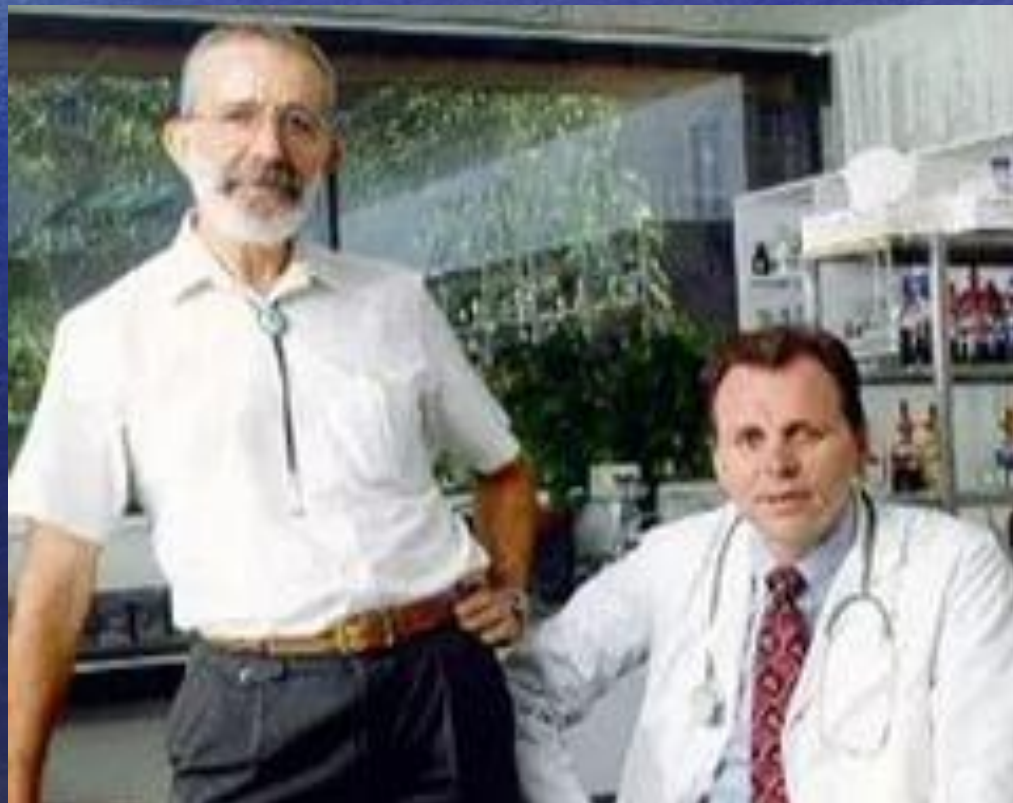
ПРИНЦИПИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ:

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.

ЗРАЗКИ 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 H₂-рецепторів гістамину (ранітидин, фамотидин)
- Інгібітори протонної помпи – блокатори H⁺/K⁺АТФази парієтальної клітини (омепразол) – дітям старше 12 р.

Антисекреторна терапія

1. Блокатори H₂-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, ульфамид, 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 $H^+ / K^+ -ATP$ ази (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 H₂ –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