

Полтавський державний медичний університет
кафедра Педіатрії №2
для лікарів інтернів I-го року навчання з фаху “Педіатрія”

Захворювання шлунку та дванадцятипалої кишки.

***Функціональна диспепсія у дітей
старшого віку. Гастрит, дуоденіт,
гастродуоденіт у дітей. Особливості
клінічного перебігу, діагностика та
лікування.***

Доцент Несіна І.М.

План лекції

- 1. Вступ. Актуальність проблеми.
- 2. Етіологічні та патогенетичні фактори найбільш поширених органічних захворюваннях стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки у дітей.
- 3. Класифікація типової клінічної картини органічних захворювань стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки у дітей.
- 4. Принципи лікування, реабілітації і профілактики органічних захворювань травного каналу у дітей.
- 5. Лікування та профілактика гастроєзофагально рефлюксної хвороби, гастриту, дуоденіту, виразкової хвороби у дітей

АКТУАЛЬНІСТЬ: І поширеність

- Ізольований хронічний гастрит – 10 –15 %
- Хронічний гастродуоденіт – 58 –74 %
- Виразкова хвороба 1,7 – 16 %
 - виразкова 12-ти палої кишки – 82-87%
 - виразка шлунка – 11 – 13 %
 - шлунка і 12 – ти палої кишки- 4-6 %

Пік захворювання ВХ: дівчата 9 –11 років
хлопці 12-14 років

Класифікація гастритів

За етіологією:

- Автоімунний (гастрит тип А)
- Інфекційний (тип В)
- Хімічний
- Алергічний
- Особливі форми
- Неідентифікований

За локалізацією:

- Розповсюджений (пангастрит)
- Опосередкований (антральний, фундальний)

Морфологічно:

1. Ендоскопічно:

- поверхневий
- гіпертрофічний
- ерозивний
- геморагічний
- субатрофічний
- змішаний

За станом секреції:

- підвищена
- знижена

2. Гістологічно:

- поверхневий
- з ураженням залоз
- без атрофії
- субатрофічний
- атрофічний

Фаза:

- загострення
- неповна ремісія
- ремісія

-ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ З ПІДВИЩЕНОЮ СЕКРЕТОРНОЮ ЗДАТНІСТЮ (к.29,5)

• I. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ:

- болі, пов'язані з їжею**
- часто виникають натще серце**
- болі у нічний час**
- болі інтенсивні, тривалі**

II. ДИСПЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ:

- відрижка кислим або повітрям**
- печія**
- нудота**
- схильність до закрепів**

III. СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

IV. ПАЛЬПАТОРНО: чітка помірна болючість в епігастрії, гастродуоденальній зоні



ЕРОЗИВНИЙ ГАСТРИТ

- 1) з вираженим больовим синдромом**
- 2) геморагічний з ознаками кровотечі (блювання з домішками крові, підвищена слабкість, втомлюваність, запаморочення, зміна забарвлення випорожнень)**

ЛАБОРАТОРНІ:

- **1. ЗАК**
- **2. ЗАС**
- **3. Біохімія: білок, протеїнограма**
- **4. Тести на НР**
- **5. Імунограма ***
- **6. Дослідження калу на скриту кров ***
- **7. Коопрограма**

НЕОБХІДНІ ОБСТЕЖЕННЯ У ВИПАДКУ ХГД

- **1. ЕФГДС**
- **2. Рh-метрія шлункового вмісту**
- **3. УЗД внутрішніх органів**
- **4. Рентгенографія ШКТ ***



Змішана форма гастриту.
Бліда, дещо атрофічна слизова
з множинними еритематозними
і петихіальними вогнищами







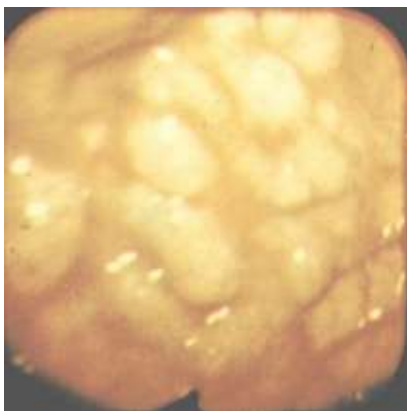
Вогнищева атрофія
слизової задньої стінки
тіла шлунка



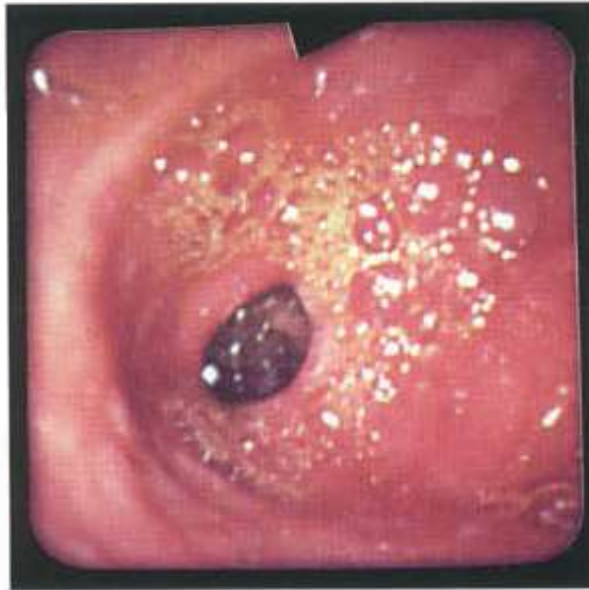
Атрофічний гастрит.

Нижня третина тіла і антральний відділ.

На фоні повної атрофії слизової, вогнищеві еритеми.







Дуоденогастральний рефлюк.
Відмічається закид жовчі, виражена гіперемія
слизової антрального відділу.
(Часто зустрічається у хворих з хронічною
дуоденальною недостатністю)



Рефлюкс- гастрит неоперованого щлунку.
Відмічаються виражені зміни слизової антрального відділу.
Закид жовчі, ділянки гепіремії, які переходять в ерозію.
Сіруваті ділянки гіперплазії слизової з кишковою метаплазією.

Хронічний гастродуоденіт

- **хронічне рецидивуюче, із схильністю до прогресування, запально-дистрофічне ураження слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки.**

КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ (Київ, 2000)

I. За походженням:

- первинний
- вторинний

II. За локалізацією:

А. Гастрит:

- 1. Обмежений
- 2. Розповсюджений
- а) антральний (пангастрит)
- б) фундальний
- Б. Дуоденіт:
- 1. Обмежений
- 2. Розповсюджений

III. Періоди захворювання:

- Загострення
- Неповна клінічна ремісія
- Повна клінічна ремісія
- Клініко-ендоскопічно-морфологічна ремісія

- **IV. Характер секреторної діяльності шлунку:**

- Підвищена
- Нормальна
- Знижена

- **V. Ендоскопічна характеристика:**

- Поверхневий
- Гіпертрофічний
- Ерозивний
- Геморагічний
- Субатрофічний
- Змішаний

VI. Гістологічна характеристика:

- Поверхневий
- Дифузний:
 - а) без атрофії
 - б) субатрофічний
 - в) атрофічний

VII. Етіологічна характеристика:

- *Helicobacter pylori* асоційований
- *Helicobacter pylori* неасоційований

- **I. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ:**

**болі ниючі, тривалі виникають натще
серце та через 1,5-2 години після їжі
локалізація болю в епігастрії, в правому
підребер'ї (60 %), навколо пупка (45 %)
посилюються болі після їжі та фізичного
навантаження**

- * ПРИ ЕРОЗИВНОМУ ХГД**

поєднуються голодні, нічні та пізні болі

II. ДИСПЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ

- відрижка
- печія
- тривала нудота
- тяжкість після їжі
- гіркота у роті
- метеоризм
- закрепи



III. СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

**головні болі, емоційна лабільність,
дратівливість, слабкість**

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

- ***I. Диференційована госпіталізація***
- ***II. Режим.***
- ***III. Психотерапія***



ІУ. Міроприємства, що зменшують надмірну активність агресивних факторів:

- 1. Дієтотерапія**
- 2. Відмова від ульцерогенних середників (амідопірин, аспірин, глюкокортикоїди, спиртвмісні медикаменти)**
- 3. Боротьба з палінням.**
- 4. Медикаментозна корекція:**
 - а) антихелікобактерна терапія**
 - б) антацидна та антисекреторна терапія**
 - в) корекція патологічного закиду дуоденального вмісту в шлунок (адсорбенти, прокінетики)**
 - г) регуляція порушень моторно-евакуаторної функції верхнього відділу травного каналу (мотіліум)**

У. Міроприємства, що покращують захисні властивості слизової оболонки:

1. Протектори : солкосерил, актовегін, віт.А, Е, групи В (В1, В2, В6, В15), фолієва кислота.
 - Курс лікування 4-6 тижнів.
2. Протективні базисні препарати : сукральфат (вентер). Призначають до вживання їжі, 3-4 рази на добу, протягом 4-6 тижнів.
3. Синтетичні простогландини: місопростал (цитотек). Призначають по 200 мг 4 рази в день під час їжі, 4-8 тижнів.

ВАРІАНТИ ПОТРІЙНОЇ ТЕРАПІЇ (КУРС ЛІКУВАННЯ 7 ДНІВ)

- 1. Де-нол по 120-240 мг 3 рази на день
Фуразолідон по 0,05-0,1 г 4 рази на день (5 днів)
Амоксицилін (флемоксин) по 250-500 мг 2 рази на день**
- 2. Де-нол по 120-240 мг 3 рази на день.
Фуразолідон по 0,05-0,1 г 4 рази на день (5 днів).
Кларитроміцин (еритроміцин) по 250 мг 2 рази на день.**
- 3. Де-нол по 120-240 мг 3 рази на день.
Метронідазол по 250-500 мг 2 рази на день.
Амоксицилін (флемоксин) по 250-500 мг 2 рази на день.**

Диспансерне спостереження

ХГД ерозивний -5 років з моменту останнього загострення

- ЕФГДС-2 рази в рік
- 3 рази в рік обстеження

ХГД

- 5 років
- 2 рази в рік обстеження
- ЕФГДС 1 раз в рік

література

- 1. **Педіатрія з курсом інфекційних хвороб: підручник / Л.В. Беш, В.І. Бельдій, Л.П. Дедишин та ін. — 9-е видання.** 2023, 9-е перероблене і доповнене видання. Кількість сторінок: 559
- 2. **Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. Том 2 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання.** Кількість сторінок: 440. 2019 р.
- 3. Paediatric Gastrointestinal Disorders: A Psychosocial Perspective. Клариса Мартін. Taylor & Francis. 2014



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ