

Заболевания ЖКТ у детей.

Шитикова Юлия Сергеевна.

Март 2022 г.

Острый гастрит – это острое воспаление слизистой оболочки желудка.

- ▶ Этиология:
- ▶ пищевое
- ▶ отравление,
- ▶ отравление
- ▶ бытовыми
- ▶ ядами,
- ▶ длительное
- ▶ применение лекарственных средств (салицилатов, стероидов),
недоброкачественная,
- ▶ грубая пища, недостаточное пережевывание, переедание.

Клиника:

- ▶ астеновегетативный синдром (слабость, нарушение аппетита, похудание,
- ▶ фебрильная t), болевой синдром (схваткообразная боль в эпигастральной области),
- ▶ диспепсический синдром (тяжесть в подложечной области, тошнота, неприятный вкус во рту, многократная рвота с остатками непереваренной пищи).
- ▶ Объективные данные: бледность кожи, язык обложен беловатым налетом,
- ▶ метеоризм, болезненность в эпигастральной области при пальпации живота, симптомы
- ▶ обезвоживания.

Хронический гастрит - хроническое воспаление слизистой оболочки желудка с перестройкой ее структуры и прогрессирующей атрофией, нарушением секреторной, моторной и инкреторной функции.

- ▶ Чаще всего гастриты возникают у детей в возрасте 5-6 лет, 9-12 лет, в периоды наиболее интенсивного развития всех органов и систем.
- ▶ Заболеваемость девочек и мальчиков одинакова, но в период полового созревания
- ▶ отмечается чаще у девочек.

Классификация хронических гастритов:

1 По этиологии:

- ▶ Микробный: *Helicobacter pylori* – 90%
- ▶ Немикробный

2 По типу:

- ▶ Атрофический - гастрит типа А.
- ▶ Неатрофический - гастрит типа В: антральная форма; диффузная форма.
- ▶ Химический - гастрит типа С
- ▶ Особые формы: радиационный, эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный

3. По морфологическим данным:

- ▶ Плоский, эрозивный, атрофический, гиперпластический, геморрагический и др.

4 По локализации: антральный гастрит, фундальный, пангастрит.

5 Состояние кислотообразующей функции желудка:

- ▶ Хронический гастрит с повышенной и нормальной секреторной функцией.
- ▶ Хронический гастрит с секреторной недостаточностью.

6 Фаза заболевания:

- ▶ Обострение или Ремиссия

Хронический гастрит – полиэтиологическое заболевание. Вероятные причины:

- ▶ аутоантитела к обкладочным клеткам (фундальный гастрит) – тип А
- ▶ инфицирование слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (HP) – тип В
- ▶ (антральный гастрит)
- ▶ повреждающее
- ▶ действие
- ▶ дуоденального
- ▶ содержимого
- ▶ (желчных
- ▶ кислот,
- ▶ лизолецитина) на слизистую желудка при его рефлюксе – тип С

В развитии хронического гастрита большое значение имеют факторы риска:

Экзогенные факторы:

- ▶ нерациональное питание (нарушение режима, искусственное вскармливание на первом году жизни, сухое питание),
- ▶ прием слишком горячей, холодной, механически и химически раздражающей пищи,
- ▶ плохое пережевывание пищи,
- ▶ длительный прием лекарственных средств, раздражающих слизистую желудка (противотуберкулезные, глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные, резерпин, салицилаты и др.);
- ▶ нервно-психические расстройства,
- ▶ неизлеченный острый гастрит,
- ▶ пищевая аллергия,
- ▶ курение.

Эндогенные факторы:

- ▶ воспалительные заболевания органов брюшной полости,
- ▶ хронические инфекции в носоглотке,
- ▶ заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, болезни щитовидной железы и
- ▶ др.),
- ▶ нарушения обмена веществ (ожирение, подагра), дефицит железа,
- ▶ аутоинтоксикации и выделение слизистой оболочкой желудка токсических веществ
- ▶ (кетоацидоз, уремия).

Патогенез

1) Гастрит типа А – аутоиммунный атрофический фундальный гастрит

характеризуется прогрессирующей атрофией желез, секреторной недостаточностью, образованием антипариетальных антител и развитием В12-дефицитной анемии. У детей практически не наблюдается.

2) Гастрит типа В – антральный гастрит, ассоциированный с НР (Helicobacter

pylori)- (бактериальный гастрит). Сопровождается гипертрофией слизистой оболочки и нормальной или увеличенной секрецией.

3) Гастрит типа С – это рефлюкс-гастрит, возникновению которого способствует дуодено-гастральный рефлюкс.

Клиника хронического гастрита

- ▶ Клиническая картина складывается из 2-х основных синдромов — болевого и диспепсического.

В детском возрасте боль в животе различна по интенсивности и локализации, может быть ранней (во время или через 10–20 мин после еды), поздней (спустя 1–1,5 ч после приема пищи). Локализация боли у подростков часто наблюдается в эпигастральной и пилородуоденальной областях. Возможна иррадиация боли в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку.

Характерны диспепсические симптомы: отрыжка, тошнота, рвота, нарушение аппетита.

- ▶ Клинический вариант аутоиммунного гастрита, сопровождающегося атрофией слизистой оболочки желудка, анацидностью, гипергастринемией и пернициозной анемией, у детей практически не встречается.

В детском возрасте заболевание протекает бессимптомно, не имеет морфологических особенностей и диагностируется при обследовании пациентов с другими аутоиммунными состояниями по содержанию антипариетальных аутоантител.

При этом наблюдаются жалобы на чувство тяжести,

- ▶ боль в эпигастральной области сразу после еды; снижение аппетита, тошноту;
- ▶ неприятный вкус во рту, отрыжку воздухом с неприятным запахом (после белковой пищи), изжогу после углеводистой пищи.
- ▶ Урчание и вздутие живота, поносы.
- ▶ Язык обложен.
- ▶ Масса тела снижена, кожа бледная, сухая, в углах рта – заеды.
- ▶ На фоне заболевания часто развиваются полипы, язвы, злокачественные опухоли.

- ▶ Антральный гастрит - типа В.
- ▶ Развивается при инфицировании *Helicobacter pylori*. Преимущественно поражается антральный отдел, затем процесс может распространяться на фундальный отдел желудка. Чаще встречается в молодом возрасте.
- ▶ Жалобы: боль в эпигастрии через 1-1,5 часа после еды, возможны ночные
- ▶ «голодные» боли, изжогу, отрыжку кислым. Аппетит нормальный или повышен. Общее
- ▶ состояние и масса тела не нарушаются. Характерны запоры. На фоне этого типа гастрита
- ▶ часто развивается язвенная болезнь желудка.
- ▶ Для гастритов характерен также астено – вегетативный синдром: (слабость; недомогание; снижение трудоспособности) и обменно-дистрофический (снижение массы тела; полигиповитаминоз; белковая недостаточность; анемия)

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

-хроническое заболевание, характеризующееся образованием язв в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки в результате ее разрушения, с возможным развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

К основным факторам возникновения язвенной болезни относятся:

- ▶ наследственная предрасположенность;
- ▶ принадлежность к 0 (I) группе крови. Обладающие ею лица заболевают язвенной болезнью в 1,5 раза чаще других, причем заболевание у детей отличается большей тяжестью течения;
- ▶ перинатальная патология (угроза выкидыша, гестозы беременности, патология в родах, перинатальное поражение ЦНС), приводящая к гипоксии плода, в том числе к гипоксии желудка
- ▶ изменение характера питания, включающее:

1 ранний перевод на искусственное вскармливание

2 недостаток свежих фруктов и овощей; макро- и микроэлементов; пищевых волокон, выполняющих роль энтеросорбентов

3 избыток в рационе питания рафинированных белков и углеводов, а также употребление большого количества жиров и консервированных продуктов.

4 у школьников нерегулярное, несбалансированное питание

- ▶ ухудшение экологической обстановки, включающее поступление в организм с водой
- ▶ ксенобиотиков, солей тяжелых металлов, различных метаболитов
- ▶ Применение частых длительных курсов антимикробных ульцерогенных препаратов (кортикостероиды, НПВП)
- ▶ Инфекционные заболевания: вирусные гепатиты, ротавирусные инфекции, дизентерия, сальмонеллез, гельминтозы, паразитарные заболевания

- ▶ ухудшение экологической обстановки, включающее поступление в организм с водой
- ▶ ксенобиотиков, солей тяжелых металлов, различных метаболитов
- ▶ Применение частых длительных курсов антимикробных ульцерогенных препаратов (кортикостероиды, НПВП)
- ▶ Инфекционные заболевания: вирусные гепатиты, ротовирусные инфекции, дизентерия, сальмонеллез, гельминтозы, паразитарные заболевания
- ▶ соматические заболевания: болезни внутренних органов
- ▶ Нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения у детей,
- ▶ Особенно подростковом возрасте, стрессы,
- ▶ среди внешних этиологических факторов ведущая роль принадлежит *Helicobacter pylori* (Hp).

Механизм возникновения язвы:

- 1 нарушение баланса между защитными иммунными свойствами слизистой оболочки и «внешними» агрессивными факторами (кислотность, наличие лекарственных средства);
- 2 прямое и опосредованное воздействие бактерии геликобактер пилори (*Helicobacter pylori*) на слизистую оболочку желудка, которое вызывает усиленное образование соляной кислоты и нарушение процессов регенерации;
- 3 повышенная выработка и выделение желудочного сока и снижение активности защитных факторов слизистой оболочки (мукопротеинов, бикарбонатов)

Клиника язвенной болезни

Классическая клиническая картина ЯБ характеризуется прежде всего типичным болевым синдромом, который был описан впервые в начале века Мойниганом.

Он отличается прежде всего ритмом болей: боли возникают натощак или спустя 1,5–2 ч после приема пищи, беспокоят иногда по ночам, но главной их характеристикой

является исчезновение или уменьшение после приема пищи, что связывают с буферным действием последней.

Боли могут купироваться также приемом антацидов или спазмолитиков (последнее объясняется уменьшением сопутствующего язве спазма больного органа). Боли могут иметь разную интенсивность, от слабых до сильных, но нестерпимые боли не типичны для неосложненной язвы. Локализуется боль обычно в эпигастрии, может быть более выражена в правой его половине, иногда может отмечаться иррадиация за грудину и в область сердца (при сопутствующем гастроэзофагеальном рефлюксе), в правую поясничную область или локально в нижнегрудной или поясничный отдел позвоночника.

Из диспепсических расстройств самым частым является изжога, что связано с частым сочетанием ЯБ с рефлюкс-эзофагитом. Иногда может быть отрыжка и рвота кислым содержимым, обычно однократная, приносящая облегчение. Тошнота не типична для ЯБ, аппетит обычно хороший.

- ▶ При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастрии, иногда можно обнаружить более локальную болезненность, чаще в пилоробульбарной зоне.
- ▶ Нередко, особенно у подростков, обнаруживаются сопутствующие симптомы ваготонии: холодные влажные ладони, гипергидроз, акроцианоз, тенденция к снижению артериального давления, лабильность пульса, могут быть соответствующие изменения при кардиоинтервалографии.

Стадии язвенной болезни:

- ▶ I стадия – свежая язва (выраженный болевой синдром)
- ▶ II стадия – начало эпителизации (боли ноющие, исчезающие после еды и ночью)
- ▶ III стадия – рубцевание язвенного дефекта (периодическая болезненность натощак или поздно вечером)
- ▶ IV стадия – заживление язвенного дефекта (жалоб нет)

Осложнения язвенной болезни

Осложнения ЯБ в детском возрасте отмечаются у 10-15% больных, у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. К осложнениям язвенной болезни у детей относятся:

- ▶ кровотечения,
- ▶ перфорация,
- ▶ пенетрация,
- ▶ стеноз.

Кровотечение — самое частое среди осложнений ЯБ у детей.

Оно проявляется кровавой рвотой, меленой и симптомами острой кровопотери. Рвота «кофейной гущей» обусловлена превращением гемоглобина под влиянием HCL в гематин, имеющий черный цвет. Общие симптомы возникают лишь при большой кровопотере: слабость, тошнота, бледность, тахикардия, холодный липкий пот, снижение АД, головокружение, иногда обморок. Кровотечение может быть скрытым, но в кале при этом определяется скрытая кровь (положительная реакция Грегерсона).

Перфорация —

тяжелое острое осложнение ЯБ, обычно проявляется внезапно возникшей сильной «кинжальной» болью в эпигастрии, тошнотой, сопровождающейся доскообразным напряжением мышц передней брюшной стенки, затем боль опускается вниз, общее состояние больного прогрессивно ухудшается, рвота не приносит облегчения, появляется субфебрильная температура тела.

- ▶ Основным методом диагностики является обзорный рентген брюшной полости, на котором определяется свободный газ над печенью. Перфорация является показанием к экстренной операции.

Пенетрация-

самое редкое из осложнений ЯБ у детей, пенетрируют лишь глубокие хронические язвы. Это распространение язвы за пределы стенки желудка (или ДПК) в окружающие ткани и органы (чаще пенетрируют в головку поджелудочной железы, в желчные пути, печень, печеночно-дуоденальную связку, в толстую кишку и ее брыжейку). Усиливается болевой синдром, боль становится почти постоянной, иногда очень интенсивной, особенно по ночам, теряется связь с приемом пищи, боль не уменьшается после приема антацидов, появляется широкая иррадиация. Может быть повышение температуры, в крови лейкоцитоз и ускорение СОЭ, в области патологического очага определяется выраженная болезненность, иногда пальпируется воспалительный инфильтрат.

Пилородуоденальный стеноз — хронически развивающееся осложнение ЯБ.

Он характеризуется почти постоянным ощущением переполнения в желудке, тошноты, отрыжкой, изжогой, затем появляется рвота, которую пациент может вызывать сам для облегчения чувства распирания.

Объективно характерна потеря массы, может выявляться «шум плеска» в эпигастрии.

Субкомпенсированная стадия является показанием для хирургического лечения рубцового стеноза.

Диагностика хронического гастрита и язвенной болезни

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

ОАК (анемия);

ОАМ;

биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ);

неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (дыхательные тесты с регистрацией продуктов жизнедеятельности *H. pylori* (углекислый газ, аммиак) в выдыхаемом воздухе);

- ▶ определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* (HP) в сыворотке крови ИФА-методом;
- ▶ УЗИ органов брюшной полости;
- ▶ обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом;
- ▶ исследование кала (копрограмма).
- ▶ Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:
- ▶ обнаружение *Helicobacter pylori* в биологическом материале методом ПЦР;
- ▶ Гистологическое исследования биоптата слизистой оболочки желудка двенадцатиперстной кишки на *H.pylori*; биохимический анализ крови (определение сывороточного железа, определение щелочной фосфатазы);

- ▶ ФЭГДС с прицельной биопсией слизистой оболочки (отёк, очаги гиперемии, петехии, разрыхление и поверхностное изъязвление, увеличение складок при гиперхлоргидрии; бледность и атрофичность при гипо- или ахлоргидрии; свободное поступление желчи в желудок при рефлюкс-гастрите);
- ▶ ЭКГ;
- ▶ исследование кала на гельминты и простейшие;
- ▶ исследование перианального соскоба.
- ▶ Рентгеноскопия желудка (нарушения моторики, эвакуации).
Рентгенологическое исследование желудка имеет ограниченные показания при диагностике хронического гастрита и применяется у больных при затруднении проведения эндоскопического исследования. Оно дает возможность оценить моторно-эвакуаторную функцию желудка (в норме контраст полностью эвакуируется из желудка через 1,5 ч).

Спасибо за внимание!