**ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ГАСТРОДУОДЕНИТ**

**Хронический гастрит (ХГ)** – хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой (подслизистой) оболочки желудка с нарушением процессов физиологической регенерации, со склонностью к прогрессированию, развитию атрофии, секреторной недостаточности, лежащих в основе нарушения пищеварения и обмена веществ.

**Хронический гастродуоденит (ХГД)** – хроническое воспаление со структурной перестройкой (очаговой или диффузной) слизистой оболочки желудка и 12перстной кишки и формированием секреторных, моторных и эвакуаторных нарушений.

**КЛАССИФИКАЦИЯ (Мазурин А.В., 1994 г; пересмотрено в 2002 году)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **По происхождению** | **Этиология** | **Топография** | **Формы поражения желудка и 12перстной кишки** | | **Периоды заболевания** | **Характер кислотной продукции желудка** |
| **Эндоскопически** | **Морфологически** |
| **Первичный** | **Инфекционный:**  H.pylori, другие бактерии, вирусы, грибы | **Гастрит:**  Антральный  Фундальный  Пангастрит  **Дуоденит**:  Бульбит  Постбульбарный  Пандуоденит  **Гастродуоденит**  **Смешанный** | Эритематозный/  экссудативный  Нодулярный  С эрозиями  (с плоскими или приподнятыми эрозиями)  Геморрагический  С атрофией | **По глубине поражения:**  Поверхностный  Диффузный  **По характеру поражения**  а) с оценкой степени:  Воспаления  Активности  Атрофии  Кишечной  метаплазии  б) без оценки степени:  Субатрофия  Специфические  Неспецифические | Обострение  Неполная клиническая ремиссия  Полная клиническая ремиссия  Клинико-эндоскопическая ремиссия  Клинико-эндоскопически-морфологическая ремиссия | Повышенная  Неизменная  Пониженная |
| **Токсический (реактивный)** |
| Экологические факторы:  Химический  Радиационный |
| Лекарственный |
| Алкогольный |
| Никотиновый |
| Стрессовые состояния |
| **Вторичный** | **Алиментарный** |
| Аллергия |
| Болезнь Крона |
| Гранулематоз |
| Целиакия |
| При системных заболеваниях |
| Саркоидоз |

**Этиология**

Наряду с сохраняющейся актуальностью алиментарного, кислотно-пептического, аллергического, иммунологического, наследственного факторов в развитии ХГ и ХГД инфекционный фактор стал решающим и определяющим. H.pylori – основной этиологический фактор, играет существенную роль в патогенезе ЯБ, рассматривается как фактор риска развития рака желудка.

**Патогенез**

Агрессивная среда желудка критически непригодна для обитания микроорганизмов. H.pylori благодаря способности продуцировать уреазу может превращать мочевину, проникающую в просвет желудка путем пропотевания через стенки капилляров, в аммиак и углекислый газ. Последние нейтрализуют соляную кислоту желудочного сока и создают локальное защелачивание вокруг каждой клетки H.pylori. В этих условиях бактерии активно продвигаются, проходят слой защитной слизи, прикрепляются к эпителиальным клеткам, проникают в крипты и железы слизистой оболочки. Антигены микроорганизмов стимулируют миграцию нейтрофилов и способствуют развитию острого воспаления. Важно отметить и дисбаланс в нейрогуморальной регуляции в патогенезе ХГ и ХГД.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Два основных синдрома – болевой и диспептический.

* Боли в животе могут быть разной степени выраженности, ранние, т.е. возникающие во время или через 10-20 мин после еды, могут сочетаться с поздними. Локализация – в эпигастральной и пилородуоденальной областях.
* Диспептические симптомы – отрыжка, тошнота, рвота, нарушение аппетита.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

* Эндоскопическое исследование с гистологией
* Выявление H.pylori-инфекции (см. ниже)
* Исследование желудочной кислотности (фракционное зондирование, внутрижелудочная рН-метрия)
* Исследование вегетативного статуса
* Консультация невролога и психоневролога

***Методы диагностики H.pylori-инфекции у детей***

а) неинвазивные

* Дыхательные тесты с регистрацией продуктов жизнедеятельности H.pylori;
* Обнаружение специфических антихеликобактерных антител классов A, G – ИФА, экспресс-тесты на основе реакции преципитации и иммуноцитохимии с использованием капиллярной крови больного;
* ПЦР в анализах кала.

б) инвазивные (используют все реже)

* Бактериологический – определение штамма H.pylori, выявление его чувствительности к применяемым препаратам;
* ПЦР в биоптате слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки;
* Уреазный тест.

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Основа** – лечебно-охранительный режим и диета.

При обострении – стол №1; если ребенок получает висмут трикалия дицитрат (Де-нол) или ингибиторы протонной помпы, то показана безмолочная диета (стол №4).

1. Терапия **антацидными** препаратами.

Современные комбинированные невсасывающиеся антацидные ЛС, помимо кислотонейтрализующего действия, обладают цитопротективным и репаративным эффектом и не вызывают феномен «рикошета».

* *Алюминия гидрооксид/магния гидрооксид* – Алмагель, Алтацид, Алюмаг, Гастрацид, Маалокс, Маалукол, Палмагель, Синафлан.
* *Алюминия гидрооксид/магния гидрооксид/симетикон* – Алмагель Нео.
* *Алюминия фосфат* – Альфогель, Фосфалюгель.

1. Терапия **антисекреторными** ЛС

* Блокаторы H2-рецепторов – ранитидин (Аситэк, Зоран, Рантак), фамотидин (Квамател), низатидин, роксатидин; Ингибиторы протонной помпы (ИПП) – омепразол (Омез), рабепразол, эзомепразол (Нексиум).

1. Терапия **цитопротекторами**

* Сукральфат (Вентер)
* Висмута трикалия дицитрат (Де-нол)

1. Терапия прокинетиками – домперидон (Мотилиум), метоклопрамид (Церукал).
2. **Эрадикационная терапия у детей** (схемы приняты IX Съезде педиатров России «Детское здравоохранение России: стратегия развития» (февраль 2000, Москва)

В рекомендуемых схемах все препараты, входящие в их состав, принимаются одновременно в течение 7 или 14 дней 2 р/сут (фуразолидон назначается 4 р/сут).

**Трехкомпонентная терапия с Де-нолом**

Де-нол (внутрь 8 мг/кг 2 р/сут, 7 или 14 дн)

**+**

Амоксициллин (внутрь 25-30 мг/кг 2 р/сут, 7 или 14 дней) **или**

Кларитромицин (внутрь 7,5 мг/кг 2р/сут, 7 или 14 дней)

**+**

Метронидазол (внутрь 40 мг/кг 2 р/сут, 7 или 14 дней) **или**

Нифурател (внутрь 15 мг/кг 2 р/сут, 7 или 14 дней) **или**

Фуразолидон (внутрь 20 мг/кг 4 р/сут, 7 или 14 дней)

*ИЛИ*

Де-нол (дозы выше)

**+**

Амоксицилин (дозы выше)

**+**

Кларитромицин (дозы выше)

**Трехкомпонентная терапия с ИПП**

ИПП (омепразол или рабепразол или эзомепразол внутрь 0,5-1,0 мг/кг 2 р/сут, 7 или 14 дней)

**+**

Кларитромицин (дозы выше)

**+**

Метронидазол или Нифурател или Фуразолидон

*ИЛИ*

Ингибитор протонной помпы (дозы выше)

**+**

Амоксициллин (дозы выше)

**+**

Кларитромицин (дозы выше)

**Четырехкомпонентная терапия**

Де-нол (дозы выше)

**+**

Амоксициллин или Кларитромицин (дозы выше)

**+**

Нифурател или Фуразолидон (дозы выше)

**+**

Ингибитор протонной помпы (дозы выше)