

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ

Б.1 Епідеміологія

Найчастіше (80-85%) трапляються гіперацидні (нормоацидні) хронічні гастрити (ХГ), рідше – гіпоацидні. У дітей хронічний ХГ рідко буває ізольованим захворюванням. На його частку припадає 10-15% у структурі гастродуоденальної патології. Частіше трапляється антральний гастрит у поєднанні з хронічним дуоденітом.

Хронічний гастрит – хронічне рецидивуюче стадійне запалення слизової оболонки шлунка (СОШ) і підслизового шару, що супроводжується клітинною інфільтрацією, порушенням фізіологічної регенерації зі схильністю до прогресування і поступовим розвитком атрофії залозистого апарату, розладом секреторної, моторної і, нерідко, інкреторної функції шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). Можлива поява метаплазії (кишкової).

Б.2 Протокол медичної допомоги

Б.2.1 Амбулаторний етап

Діти з підозрою на хронічний гастрит мають бути обстежені

Світовий досвід лікування свідчить, що рання діагностика ХГ зменшує ризик розвитку ускладнень [NASPGHAN Medical Position Papers: *Helicobacter pylori* infection in children, 2000; The Maastricht 2 – 2000 Consensus Report] (Рівень доказовості В)

Обстеження та спостереження лікарем – дитячим гастроентерологом, педіатром чи лікарем загальної практики/сімейної медицини

Обстеження пацієнтів із підозрою на хронічний гастрит здійснюється амбулаторно та стаціонарно

Діагноз ХГ встановлюється лікарем згідно з класифікаційними критеріями

Забезпечення своєчасного встановлення діагнозу ХГ

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

При сприятливому варіанті перебігу ХГ основне лікування має проводитися в амбулаторно-поліклінічних умовах

Б.2.2 Стаціонарний етап

Госпіталізація в стаціонар здійснюється у разі неможливості адекватної медикаментозної терапії або несприятливого варіанту перебігу ХГ

Направлення на госпіталізацію здійснює лікар

Хворих на ХГ госпіталізують для обстеження та стаціонарного лікування

Тривалість стаціонарного лікування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

У середньому 15-18 днів (при ерозивному ХГ – до 21-25 днів)

Б.2.3 Діагностика

Встановлення діагнозу ХГ

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХГ зменшує ризик розвитку ускладнень [NASPGHAN Medical Position Papers: *Helicobacter pylori* infection in children, 2000; The Maastricht 2 – 2000 Consensus Report] (Рівень доказовості В)

Обсяг діагностики:

Загальний аналіз крові, сечі, аналіз калу на приховану кров (за необхідністю), загальний білок і білкові фракції (за необхідністю). Езофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією СОШ для визначення в біоптатах *Helicobacter pylori* (HP) і гістологічного дослідження; інтрагастральна рН-метрія; УЗД органів черевної порожнини для визначення супутньої патології; визначення HP (переважно неінвазивним методом). Рентгенологічні й імунологічні дослідження – за необхідністю.

Додаткові дослідження та консультації фахівців проводять залежно від основних проявів хвороби і передбачуваних супутніх захворювань

Б.2.4 Лікування

Основні принципи лікування хронічного гастриту залежать від характеру і форми ХГ, активності запального процесу, наявності деструкції, фази захворювання

Досвід лікування дітей у світі доводить, що терапія ХГ має бути комплексною [NASPGHAN Medical Position Papers: Helicobacter pylori infection in children, 2000; The Maastricht 2 – 2000 Consensus Report] (Рівень доказовості В)

Лікування при загостренні:

- 1) Вирішення питання про умови лікування (стаціонар або поліклініка).
- 2) Вибір режиму фізичної активності (щадний або звичайний), використання ЛФК.
- 3) Вибір режиму харчування, призначення дієтичних столів (стіл № 1, № 2, № 5).
- 4) Індивідуальний підбір комплексного лікування (з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів, провідних симптомів).

При ХГ, асоційованому із НР-інфекцією, з вираженою активністю процесу медикаментозну терапію починають із використання ерадикаційної (потрійної або квадро-) терапії за однією із загальноприйнятих схем. Перевагу віддають препаратам колоїдного субцитрату (субсаліцилату) вісмуту як базисних із паралельним призначенням антисекреторних препаратів. Починають із потрійної схеми першої лінії.

Після проведення ерадикаційної антиНР-терапії продовжують комплексне лікування ХГ залежно від характеру кислотоутворювальної функції шлунка.

При *гіперацидному* ХГ – антисекреторні препарати (блокатори H_2 -рецепторів гістаміну другого чи третього покоління або інгібітори H^+/K^+ -АТФази (ІПП)): ранітидин 75-150 мг 2 рази на день за 20 хв до вживання їжі або фамотидин по 10-20 мг 2 рази на день незалежно від прийому їжі протягом 7-10 днів, далі доза препарату зменшується вдвічі (або залишається один прийом) і лікування продовжується ще 2-3 тижні; омепразол по 10-20 мг (пантопразол по 20-40 мг на добу) один раз на день зранку до їди 7-10 днів, далі – ще 7 днів у половинній дозі з поступовим переходом на антациди.

На другому етапі лікування ХГ, а також при рефлюкс-гастриті, синдромі диспепсії дискінетичного типу призначають *антациди*, що не всмоктуються (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію, магнію, кальцію та ін.) по 5-15 мл (або 0,5-1 пігулці) через 1,5-2 години після прийому їжі та перед сном. Основний курс лікування – 2 тижні, далі – прийом антацидів за вимогою.

Із антацидами при моторних порушеннях призначають *прокінетики* (домперидон та ін.) по 0,25 мг/кг/добу 3 рази на день до їди 10-14 днів, далі – за вимогою, регулятори моторики – тримебутину малаєт дітям від 6 міс. 5 мг/кг на добу за 2-3 прийоми за 30 хв до їди 10-14 днів та ін. Препарати альгінової кислоти протягом 2-4 тижнів.

Паралельно, за необхідності, призначаються *цитопротектори* і *репаранти* терміном на 2-3 тижні (сметит – по 0,5-1 пакету 3 рази на день до їди, гідрогель метилкремнієвої кислоти, ліквіритон (чи інші похідні з кореня солодцю) – по 0,05-0,1 г 3 рази на день до їди, цитотек та ін.). При спазмах і вираженому больовому синдромі – спазмолітики: мебеверин призначають дітям від 6 років у дозі 2,5 мг/кг на добу 2 рази на день за 20 хв до їди, папаверин по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин 40-200 мг/добу за 2-5 прийоми; прифінію бромід 1мг/кг/добу, препарати беладони протягом 7-14 днів у вікових дозах.

Після відміни антисекреторних препаратів – метаболіки для поліпшення трофіки СОШ, вітамінні препарати, імунокоректори на 3-4 тижні.

При *гіпоацидному* ХГ – стимулятори шлункової секреції (сік капусти, подорожника, абомін, ацидин-пепсин, плантаглюцид) терміном на 2-4 тижні в сполученні з цитопротекторами і репарантами (до 4-6 тижнів).

При всіх формах ХГ під час загострення призначають седативні препарати (насамперед рослинного походження) на 7-10 днів двічі на день

Критерії якості лікування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Немає клінічних проявів, ендоскопічних і гістологічних ознак активності запалення, ерадикація НР-інфекції, запобігання прогресуванню і виразковій трансформації чи розвитку атрофії

Б.2.5 Диспансерний нагляд

Мінімальний строк диспансерного нагляду – 3 роки (для ерозивного ХГ та передвиразкових станів – 5 років)

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО [Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування), Ю.В. Белоусов, 2007]

Через 3 роки (для ерозивного ХГ та передвиразкових станів – 5 років) стійкої ремісії після стаціонарного обстеження можливе зняття з обліку. Огляд лікаря загальної практики/сімейної медицини або педіатра, дитячого гастроентеролога – 2 рази на рік. Ендоскопічний контроль – 1 раз на рік (або за необхідністю). Якщо необхідно, за призначенням – огляд інших спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невролог та ін.) – 1 раз на рік.

У фазі ремісії ХГ в амбулаторно-поліклінічних умовах під наглядом лікаря загальної практики/сімейної медицини, педіатра або дитячого гастроентеролога діти мають отримувати 2 рази на рік протирецидивні курси лікування (антисекреторні препарати, цитопротектори, репаранти, прокінетики, спазмолітики, седатики, імунокоректори та адаптогени тощо). Об'єм та тривалість таких курсів має визначатися індивідуально залежно від лікування попереднього загострення

Б. 2. 6 Санаторно-курортне лікування

Санаторно-курортне лікування показане у фазі ремісії ХГ

Наказ МОЗ від 12.01.2009 України № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»

Направлення в санаторій та обстеження здійснюється лікарем – дитячим гастроентерологом, педіатром
Тривалість санаторно-курортного лікування
Наказ МОЗ України 12.01.2009 України № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»
24-30 днів
Основні принципи відновлювального лікування
Наказ МОЗ України від 28.05.2009 № 364 «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей у санаторно-курортних закладах України» (Рівень доказовості С)
<p>Обсяг діагностики</p> <p><i>Обов'язкові лабораторні дослідження:</i> загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма.</p> <p><i>Додаткові лабораторні дослідження:</i> печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, тимолова проба, АлАТ, АсАТ, лужна фосфатаза); аналіз калу на приховану кров, аналіз калу на яйця глистів, найпростіші.</p> <p><i>Обов'язкові інструментальні дослідження:</i> інтрагастральна рН-метрія (за необхідністю), УЗД органів черевної порожнини.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Дієтичні столи:</i> 1, 16 або 5. • <i>Мінеральні води:</i> при ХГ із підвищеною або зниженою секреторною функцією шлунка рекомендуються води малої або середньої мінералізації з переважанням гідрокарбонатних, сульфатних та кальцієвих іонів. При підвищеній секреторній функції шлунка мінеральну воду призначають у теплом вигляді (38 °С) за 1-1,5 години перед вживанням їжі тричі на день. При зниженій кислотоутворювальній функції мінеральну воду з температурою 20-30 °С призначають за 20-30 хв до їди тричі на день. Разова доза становить 5 мл/кг маси тіла дитини. Це питні мінеральні води хлоридно-сульфатні, хлоридно-натрієві, хлоридні магнієво-калієво-натрієві малої та середньої мінералізації. Хворим із нормальною секреторною функцією шлунка мінеральну воду з температурою 30-38 °С призначають за 40 хв перед уживанням їжі. Курс питного бальнеолікування – 3-4 тижня. • <i>Пелоїдотерапія.</i> Грязьові аплікації або гальваногрязь та різні види електрофорезу (грязі сприяють зникненню больового синдрому, диспептичних явищ, а також поліпшують функцію гастродуоденальної системи). • <i>Парафіно-озокеритові аплікації.</i> • <i>Апаратна фізіотерапія:</i> <ul style="list-style-type: none"> – синусоїдальні модульовані струми (СМС); – електрофорез; – електросонотерапія. • <i>Бальнеотерапія.</i> • <i>Кліматотерапія</i> передбачає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятною методикою. • <i>Руховий режим:</i> ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба
<input type="checkbox"/> Положення протоколу <input type="checkbox"/> Обґрунтування <input checked="" type="checkbox"/> Необхідні дії

В. КЛАСИФІКАЦІЯ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХГ

В.1 Класифікація.

У Міжнародній класифікації хронічний гастрит (ХГ) розглядається з урахуванням етіології, ендоскопічних і гістологічних змін, характеру секреторно(кислотно)утворювальної функції, стадії та тяжкості процесу.

Для ХГ на відміну від ХГД характерна стадійність процесу на слизовій оболонці: від хронічного гіперацидного антрального гастриту з переважанням запальних змін (у дитячому віці) через хронічний гастрит зі збереженою кислотністю до хронічного гіпоацидного (анацідного) пангастриту з переважанням атрофії та метаплазії над запаленням (у дорослих).

Переважає ХГ, асоційований з інфекцією *Helicobacter pylori*. У дітей часто трапляється гастрит алергійної природи, рефлюксний (асоційований з ушкоджувальною дією жовчі).

В педіатрії придатна для користування сучасна робоча класифікація ХГ та ХГД, яка прийнята та затверджена 7 Конгресом педіатрів Росії та країн СНД у Москві 2002 року (Додаток 1).

В.2 Клінічні прояви ХГ

Основні клінічні синдроми при загостренні захворювання: больовий, диспептичний, неспецифічної інтоксикації залежать від фази захворювання і секреторної функції шлунка. **Анамнез:** початок захворювання – поступовий, перебіг – хвилеподібний із загостреннями; зв'язок захворювання з інфікуванням НР, аліментарними порушеннями, перенесеними інфекційними захворюваннями, тривалим прийомом лікарських засобів, харчовою алергією. У значної кількості дітей визначається несприятливий сімейний анамнез щодо гастроентерологічних захворювань.

Скарги:

1) При гіперацидному (нормоацидному) ХГ: переважає больовий синдром. Біль у животі, пов'язаний із прийомом їжі, часто виникає натщесерце або за 1-1,5 години після їди переважно в епігастральній ділянці; ранній біль характерний для фундального гастриту; пізній біль – для антрального гастриту, іноді в нічний час. Відсутній чіткий зв'язок з порою року, порушенням дієти. Больовий синдром інтенсивний і тривалий. Для диспептичного синдрому найбільш характерні: відрижка повітрям, кислим, печія, нудота, схильність до запору. Синдром неспецифічної інтоксикації різного ступеня вираженості.

2) При гіпоацидному ХГ : диспептичний синдром переважає над больовим (у 55-60% пацієнтів). Найбільш характерні: відрижка їжею, нудота, відчуття гіркоти у роті, зниження апетиту, метеоризм, нестійкий характер випорожнення. Больовий синдром слабовиражений: ниючий біль в епігастрії (найчастіше після їди), характерне відчуття тиску та переповнення у верхній частині живота, біль виникає та посилюється залежно від якості та об'єму їжі. Синдром неспецифічної інтоксикації значно виражений, переважає астенія з диспепсією та астенією.

Об'єктивне дослідження: При гіперацидному (нормоацидному) ХГ – локальна болючість при пальпації в епігастрії, іноді з ірадіацією в пілородуоденальну зону, симптом Менделя (+, ++); синдром хронічної інтоксикації: слабкість, підвищена стомлюваність, емоційна лабільність, вегетативні порушення.

При гіпоацидному ХГ – астенична статура, знижене харчування, болючість при пальпації у верхній і середній третині епігастральної ділянки, симптоми хронічної інтоксикації.

Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

При ендоскопічному дослідженні виділяють різні варіанти гастриту: поверхневий (катаральний, еритематозний), змішаний, субатрофічний, нодулярний (гіпертрофічний і гіперпластичний), ерозивний, геморагічний. Визначають поширеність, активність запально-деструктивних змін СОШ і ДПК, моторні порушення (дуодено-гастральний рефлюкс, дуоденостаз, недостатність ворота та ін.). При інтрагастральній рН-метрії (або фракційному шлунковому зондуванні) визначають секреторноутворення (підвищене, нормальне, знижене) шлунка; кислотоутворення (гіперацидність, нормаацидність, гіпоацидність); залужувальну функцію (нормальна, знижена).

Біоптати СОШ і ДПК, взяті при ендоскопічному обстеженні, досліджують гістологічно (діагностика ХГ та ХГД), визначають активність процесу, залученість залозистого апарату, розвиток, поширеність та зворотність атрофії, наявність метаплазії, інфікування НР та ін., а також використовують для експрес-методів визначення НР.

При рентгенологічному дослідженні виявляють ознаки запалення і моторні порушення шлунка і ДПК.

При УЗД виявляють супутню патологію жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, печінки.

ДОДАТОК 1. Робоча класифікація хронічного гастриту, дуоденіту, гастродуоденіту в дітей, 2002 р.

За походженням	Етіологічні фактори	Топографія	Форми ураження шлунка та 12-палої кишки		Періоди захворювання	Характер кислотної продукції шлунка
			Ендоскопічно	Морфологічно		
А. Первинний	Інфекційний 1. <i>Helicobacter pylori</i> 2. Інші бактерії, віруси, гриби	1. Гастрит: – антральний – фундальний – пангастрит 2. Дуоденіт: – бульбит – постбульбарний - пандуоденіт 3. Гастродуоденіт	1. Еритематозний/ексудативний 2. Нодулярний 3. З ерозіями (з плясками або піднятими ерозіями) 4. Геморагічний 5. З атрофією 6. Змішаний	А. За глибиною ураження: – поверхневий – дифузний Б. За характером ураження: 1. З оцінкою ступеня: – запалення – активності – атрофії – кишкової метаплазії – <i>Helicobacter pylori</i> . 2. Без оцінки ступеня: – субатрофія – специфічні – неспецифічні Ступені тяжкості: – норма (0) – слабка (1+) – середня (2+) – сильна (3+)	1. Загострення 2. Неповна клінічна ремісія 3. Повна клінічна ремісія 4. Клініко-ендоскопічна ремісія 5. Клініко-ендоскопічна морфологічна ремісія	1. Підвищена 2. Незмінна 3. Знижена
Б. Вторинний	Токсичний (реактивний) 1. Екологічні фактори 2. Хімічний 3. Радіаційний 4. Медикаментозний 5. Алкогольний 6. Нікотиновий 7. Стресові стани Аліментарний Алергія Хвороба Крона Гранулематоз Целакія При системних захворюваннях Саркоїдоз					

ДОДАТОК 2. Сучасні схеми лікування інфекції *Helicobacter pylori* у дітей

І) Однотижнева потрійна терапія з препаратом вісмуту (переважно для дітей до 12 років):

1) Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател (фуразолідон).

2) Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін (рокситроміцин)/кларитроміцин (азитроміцин) + фамотидин (ранітидин).

ІІ) Однотижнева потрійна терапія з блокаторами Н⁺/К⁺-АТФази (переважно дітям після 12 років):

1) Омепразол (пантопрозол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател (фуразолідон).

2) Омепразол (пантопрозол) + амоксицилін (рокситроміцин)/кларитроміцин (азитроміцин) + колоїдний субцитрат вісмуту.

ІІІ) Однотижнева квадротерапія (терапія посилення 2-ї ланки, переважно дітям після 12 років):

– колоїдний субцитрат вісмуту + омепразол (пантопрозол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател (фуразолідон).

Усі препарати призначають 2 рази на день (вранці та ввечері) протягом 7 днів. Азитроміцин – 1 раз на день протягом трьох останніх днів тижневого курсу.

Дози препаратів, що використовуються у схемах ерадикаційної терапії НР у дітей:

- колоїдний субцитрат вісмуту – 4-8 мг/кг на добу (максимум 480 мг на добу);
- амоксицилін – 25 мг/кг (максимум 1 г на добу);
- кларитроміцин – 7,5 мг/кг (максимум 500 мг на добу);
- рокситроміцин (сумамед) – 10 мг/кг (максимум 1 г на добу);
- ніфурател – 15 мг/кг;
- фуразолідон – 10 мг/кг;
- омепразол – 0,5-0,8 мг/кг (максимум 40 мг на добу);
- пантопрозол – 20-40 мг на добу;
- ранітидин – 2-8 мг/кг (максимум 300 мг на добу);
- фамотидин – 1-2 мг/кг (максимум 40 мг на добу).