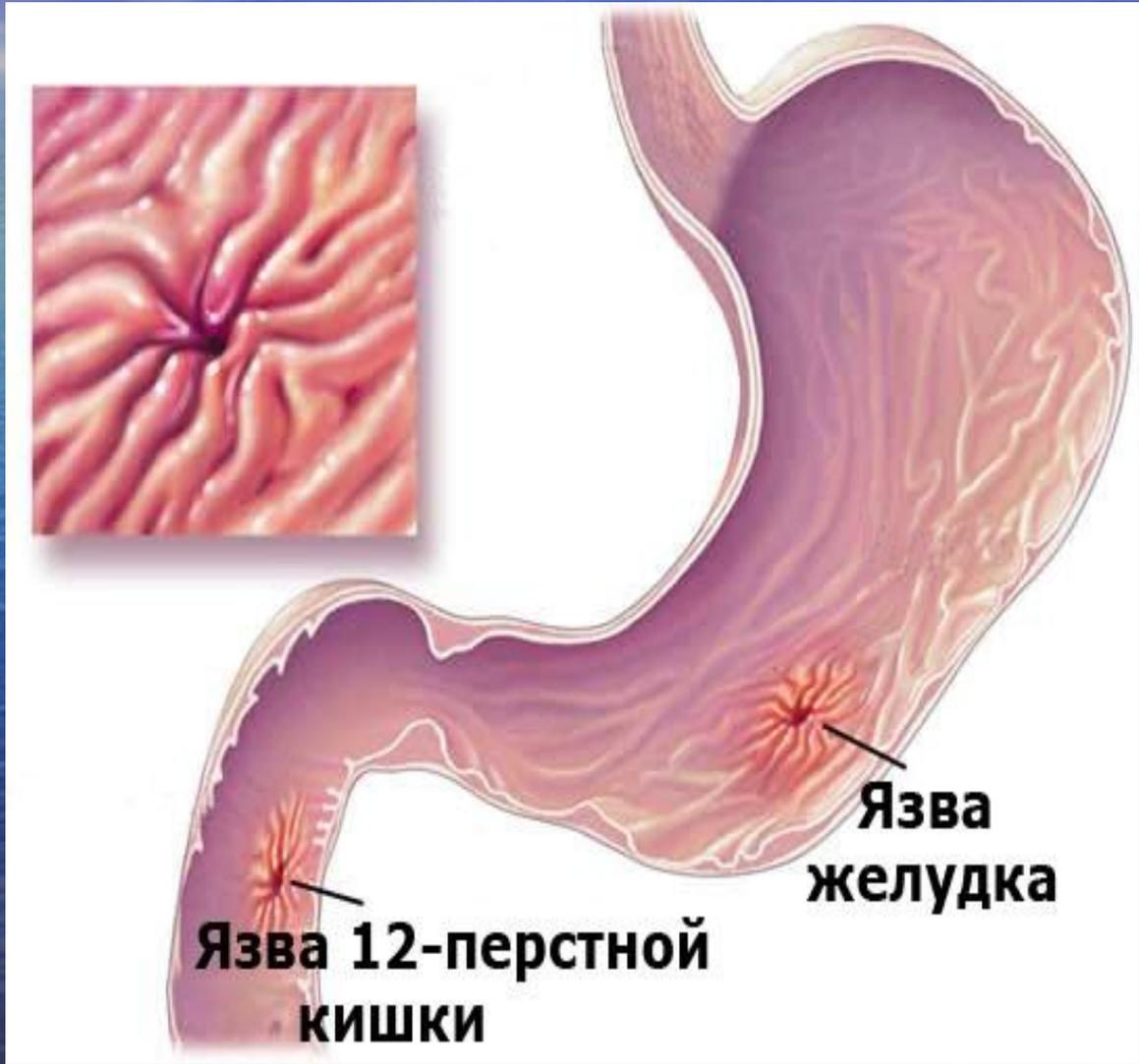


ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ



*ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ
ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ПЕДИАТРИИ ЗГМУ
В.И.МАЗУР*





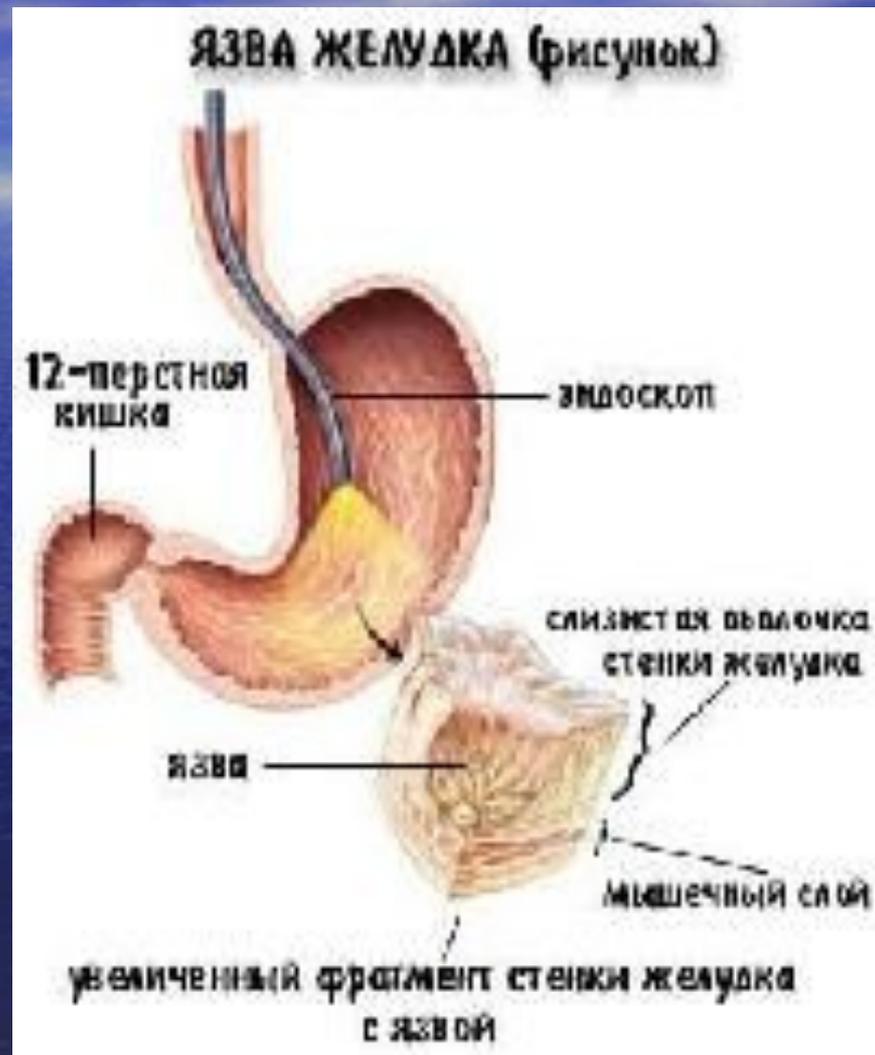
Язвенная болезнь(ЯБ)

- полигенно наследуемое хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке или желудке с возможным прогрессированием и развитием осложнений.

Шифр по МКБ-10:

К 25 – язва желудка (язвенная болезнь желудка)

К 26 – язва 12-перстной кишки (язвенная болезнь 12-перстной кишки)



- Распространенность язвенной болезни составляет 1 случай на 1000 детей. До периода полового созревания заболевание с одинаковой частотой встречается у детей обоего пола, в дальнейшем чаще отмечается у юношей, что объясняется защитным действием женских половых гормонов.
- В структуре ЯБ у детей значительно превалирует ЯБ 12-перстной кишки (ЯБДК), она составляет около 81 % всех случаев заболевания, ЯБ желудка (ЯБЖ) составляет 13 %, сочетание ЯБЖ и ЯБДК встречается у 6 % больных.

Этиология язвенной болезни

- Важнейший фактор развития ЯБ – наследственная предрасположенность (семейная отягощенность 60 - 80 %, а повышение агрессивных свойств желудочного сока у одного из родителей выявляют практически в 100 % случаев)

Предрасполагающие факторы

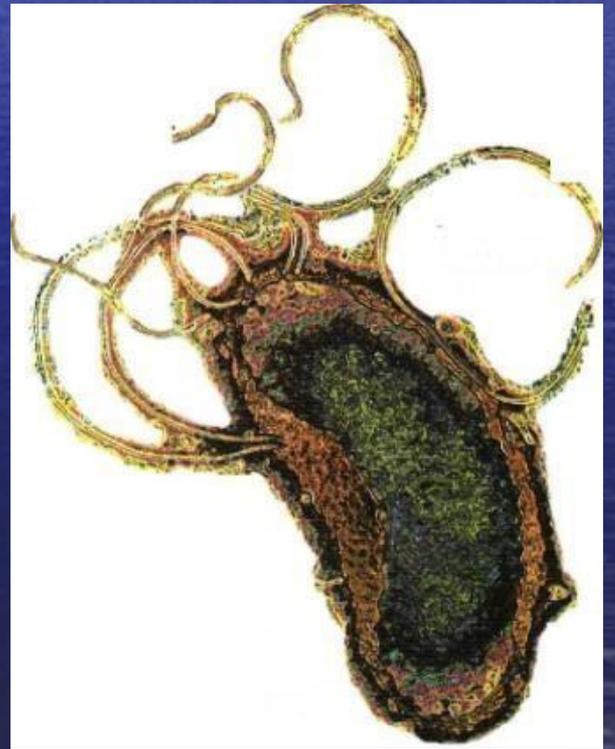
- Инфицирование НР
- Ранний перевод на искусственное вскармливание (при этом индуцируется увеличение гастринпродуцирующих клеток и гистаминпродуцирующих клеток слизистой оболочки антрального отдела желудка)
- Алиментарные погрешности
- Длительный прием некоторых лекарственных средств (салицилаты, глюкокортикоиды, цитостатики)
- Особенности семейного уклада – организация быта и воспитания детей, семейные особенности питания, взаимоотношения в семье
- Гиподинамия и физические перегрузки
- Очаги хронической инфекции
- Кишечные паразиты
- Нервно-психические перегрузки
- Курение и токсикомания
- Пищевая аллергия

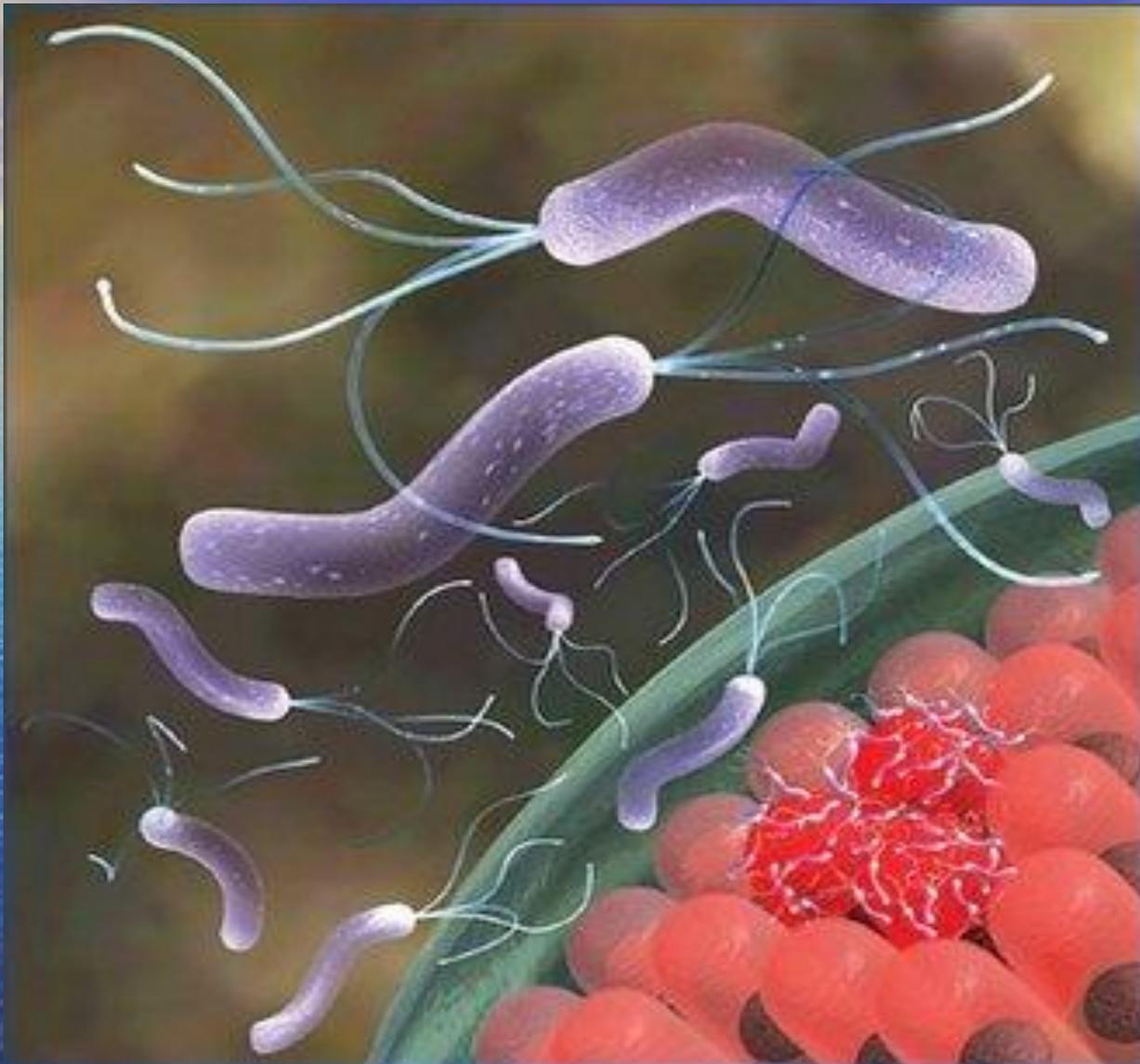
Факторы внешней среды

- Способны изменять соотношение в отдельных звеньях нейрогуморальной регуляции, влиять на активацию кислотно-пептического фактора, корригировать состояние защитно-слизистого барьера.
- Длительное закисление пилородуоденальной зоны способствует метаплазии эпителия и предрасполагает к инвазии НР, который, повреждая эпителий, способен подавлять защитные свойства слизистой оболочки и инициировать аутоагрессивные реакции.

- В ульцерогенезе имеют значение штаммы НР первого типа, обладающие наибольшей цитолитической активностью. Этот штамм в 4 раза превосходит по вирулентности другие штаммы НР. У 90 % больных с ЯБ выявляют именно этот штамм.



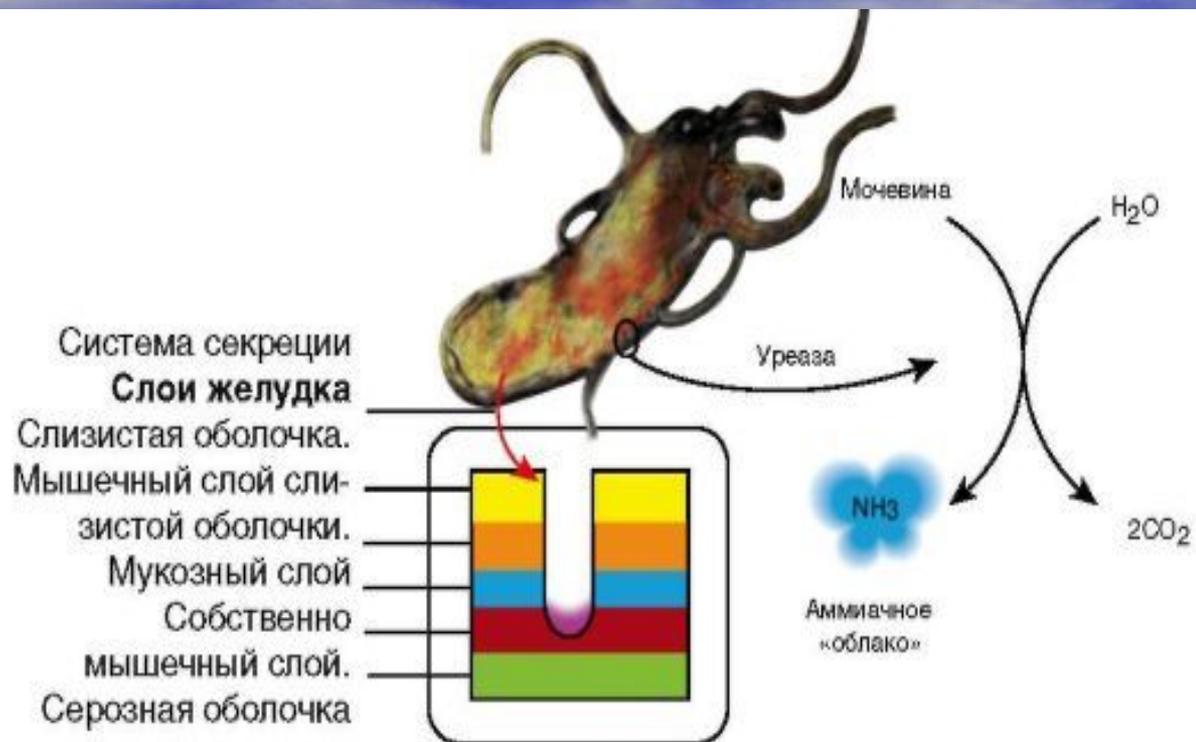




Патогенез

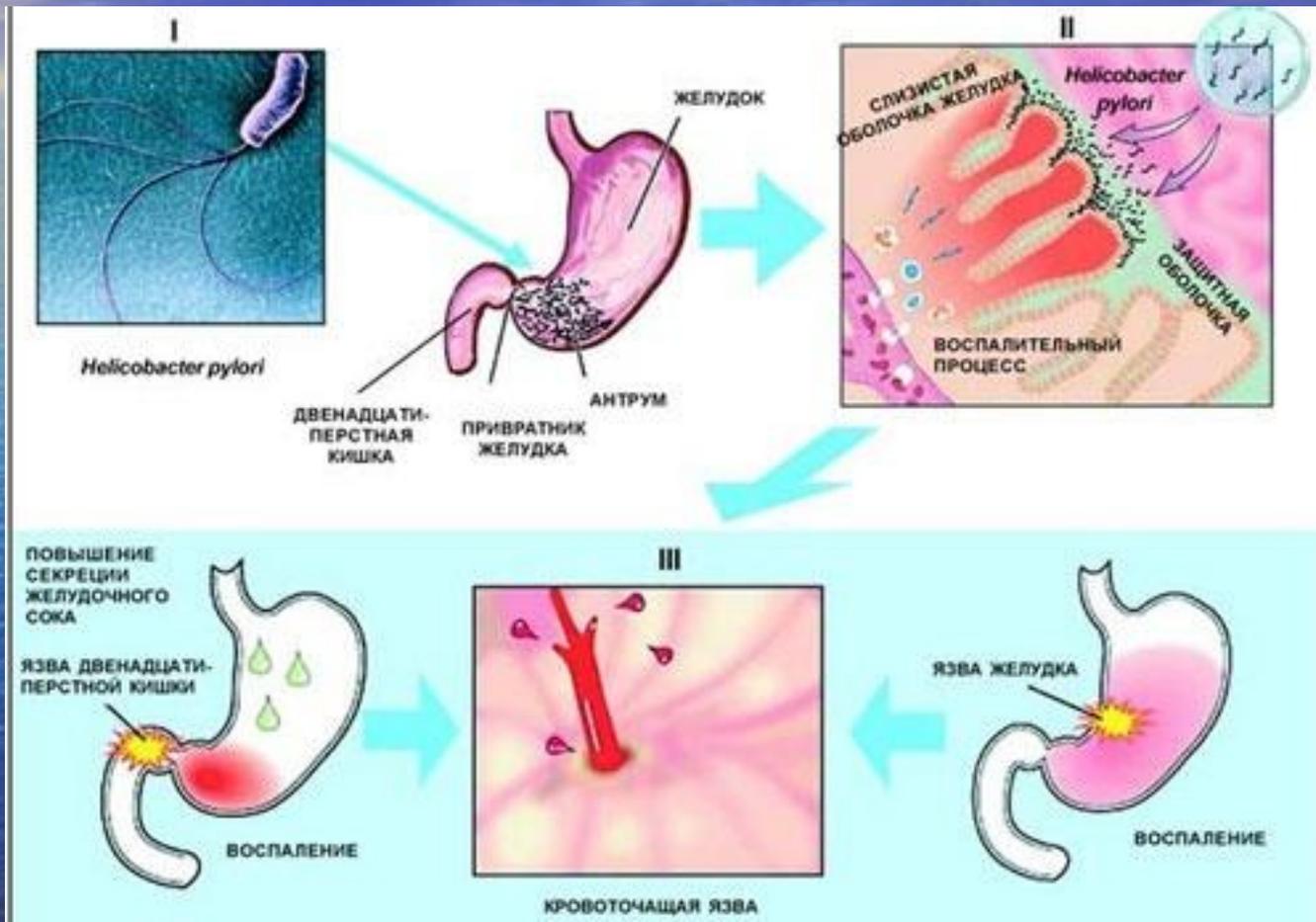
Наследственная предрасположенность при ЯБ проявляется в:

- Генетически детерминированных особенностях строения слизистой оболочки желудка – в повышенном количестве гастрино-гистаминопродуцирующих клеток, гиперплазии, гиперплазии фундальных желез с увеличением числа главных и обкладочных клеток.
- Повышенной кислотно-пептической агрессии, связанной с наследованием повышенной секреции слизистой оболочкой желудка пепсиногена А (ген локализован в 11-й паре хромосом), а также с качественными особенностями пепсиногена А – доминирование в его структуре 3-й фракции (Pg 3).
- Снижение защитных свойств слизистой оболочки – пониженной интенсивности муцинообразования, а также сниженной секреции бикарбонатов.
- Особенности моторной функции желудка – снижение запирательного рефлекса, препятствующего поступлению в 12-перстную кишку кислого содержимого до его ощелачивания в антральном отделе



Другие факторы

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



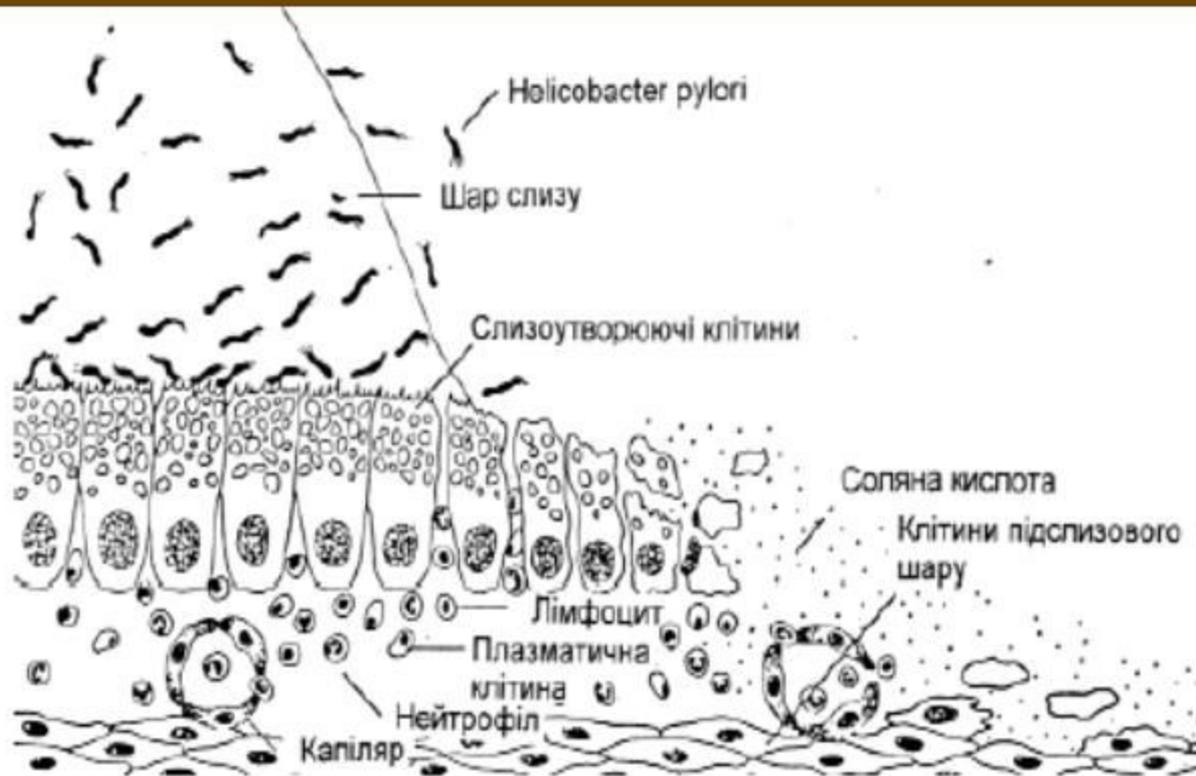


Рис. 1. Середовище заселення бактерій *Helicobacter pylori* (за В. Marshall, 1987)

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

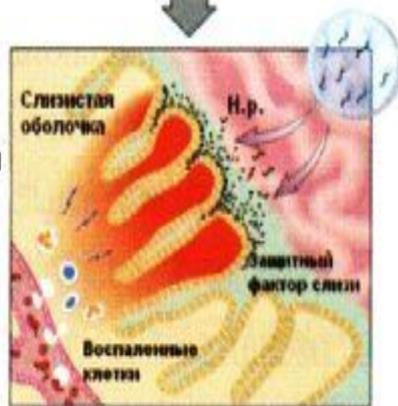
Хеликобактер пилори
- бактериологическая причина
развития язвенной болезни

H.p. инфекция
локализуется
в антральном
отделе желудка



Воспаление

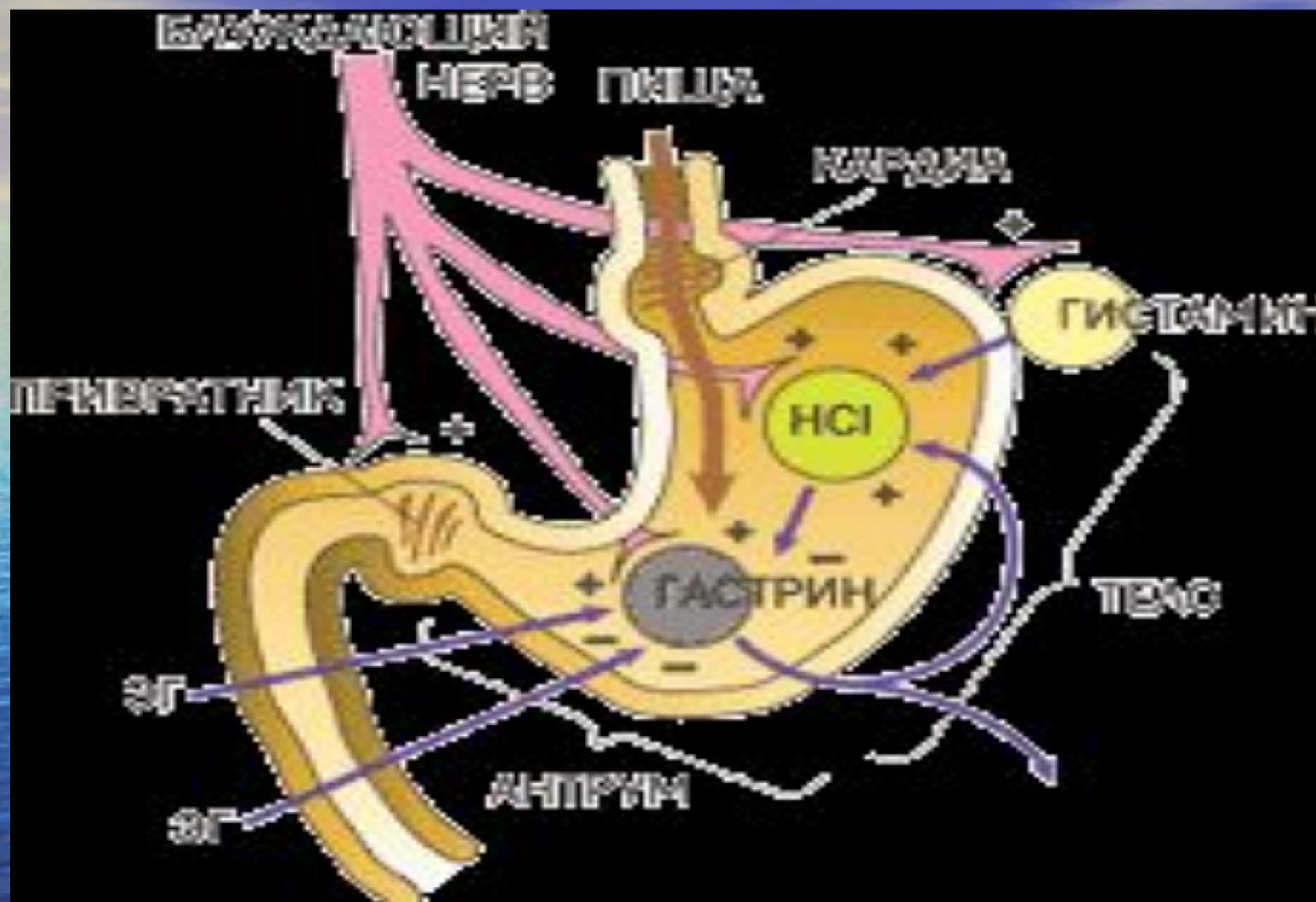
H.pylori вызывает
воспаление слизистой
оболочки - гастрит.
Этот процесс не имеет
клинической
симптоматики



Язва
Тяжелое осложнение,
включающее кровотечение
из язвы и перфорацию язвы

Повышенная секреция
соляной кислоты





Весы Шайя-

соотношение основных протективных и агрессивных факторов, определяющих возможность язвообразования

Нет язвы



Язва

Защитные факторы

- Слизисто-бикарбонатный барьер
- Достаточный кровоток
- Регенерация эпителия
- Иммунологическая защита
- Простагландины
- Антродуоденальный кислотный тормоз

Факторы агрессии

- Гиперпродукция соляной кислоты и пепсина
- Нарушение моторики
- Лекарственные средства
- *Helicobacter pylori*
- Гиперпродукция гастрина
- Гиперплазия фундальной слизистой
- Травматизация гастродуоденальной слизистой

Нейроэндокринная регуляция

Генетические факторы

- Классическая картина типичного болевого синдрома при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки была впервые описана в начале 20 века Мойниганом



КЛАССИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

1. БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ НАТОЩАК ИЛИ СПУСТЯ 1,5-2 Ч ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ (МОЙНИГАНОВСКИЙ РИТМ)
2. НОСИТ НОЧНОЙ ХАРАКТЕР
3. ИНТЕНСИВНОСТЬ – ОТ СЛАБЫХ ДО НЕСТЕРПИМЫХ БОЛЕЙ
4. ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ЭПИГАСТРИИ, ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ГЭР С ИИРАДИАЦИЕЙ ЗА ГРУДИНУ ИЛИ В ОБЛАСТЬ СЕРДЦА

ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. ИЗЖОГА (СОЧЕТАНИЕ ЯБ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ)
2. ОТРЫЖКА КИСЛЫМ
3. РВОТА ОДНОКРАТНАЯ, ПРИНОСЯЩАЯ ОБЛЕГЧЕНИЕ

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

Болезненность в эпигастрии, иногда локальная, чаще в пилородуоденальной зоне.

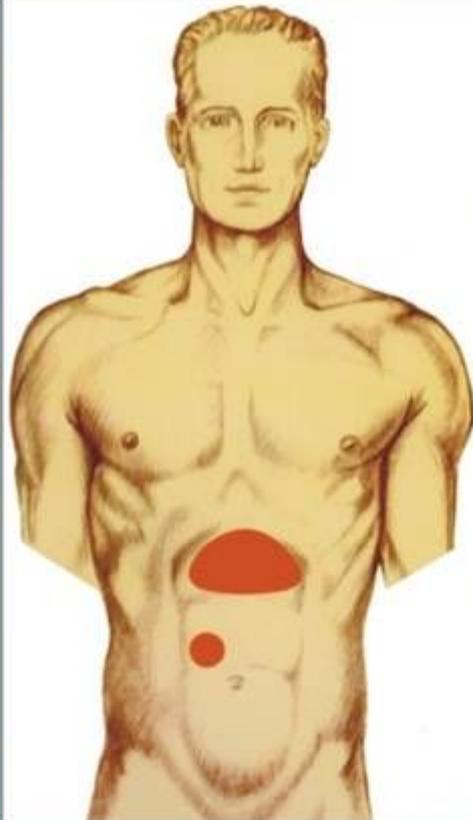
СИМПТОМЫ ВАГОТОННИ (ЧАЩЕ У ПОДРОСТКОВ):

- ХОЛОДНЫЕ, ВЛАЖНЫЕ ЛАДОНИ
- ГИПЕРГИДРОЗ
- АКРОЦИАНОЗ
- ТЕНДЕНЦИЯ К СНИЖЕНИЮ АД
- ЛАБИЛЬНОСТЬ ПУЛЬСА

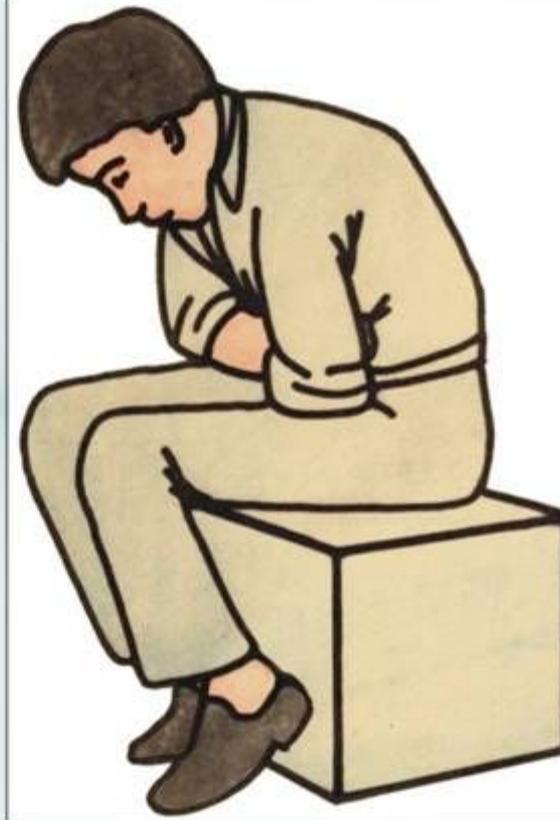
ТИПИЧНЫ ДЛЯ ЯБ СЕЗОННЫЕ ОБОСТРЕНИЯ (ОСЕННЕ-ВЕСЕННИЕ)

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 пілородуоденальній ділянках



ЗОНИ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ:
1 - епігастрій
2 - пілородуоденальна зона



ХАРАКТЕРНА ПОЗА ХВОРОГО ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ

ДИСПЕПСИЧНІ ПОРУШЕННЯ:
печія, відрижка, саливація, запори, порушення апетиту - мають сезонний характер

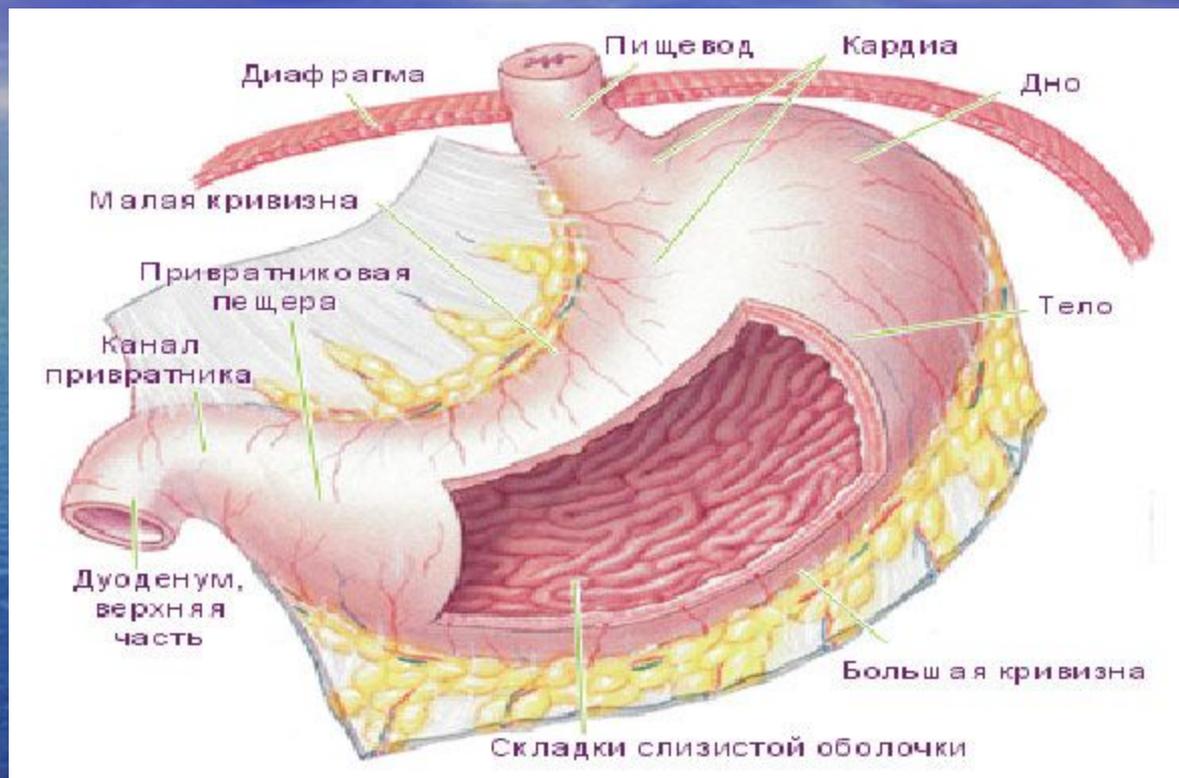
БЛЮВОТА:
ранком натще; через 10-15 хвилин; через 2-3 години після їди; давно вжитої їжі - приносить полегшення

КРОВОТЕЧІ прихованого характеру

Различия между язвой двенадцатиперстной кишки и язвой желудка

Признак	Язва двенадцатиперстной кишки	Язва желудка
Частота встречаемости у детей	81 %	13 %
Пол	У мальчиков значительно чаще	Между мальчиками и девочками нет разницы
Семейственность	В 2 раза чаще, чем при язве желудка	Не наблюдается
Группа крови	Особенно часто 0(I) группа	Связи нет
Количество обкладочных клеток	Заметно увеличено	Уменьшено
Течение	Строго периодичное и сезонное (осенне-весеннее)	Периодичность и сезонность наблюдается не всегда
Интенсивность боли	Обычно сильные режущие, приступообразные, колющие	Разной интенсивности, часто слабые

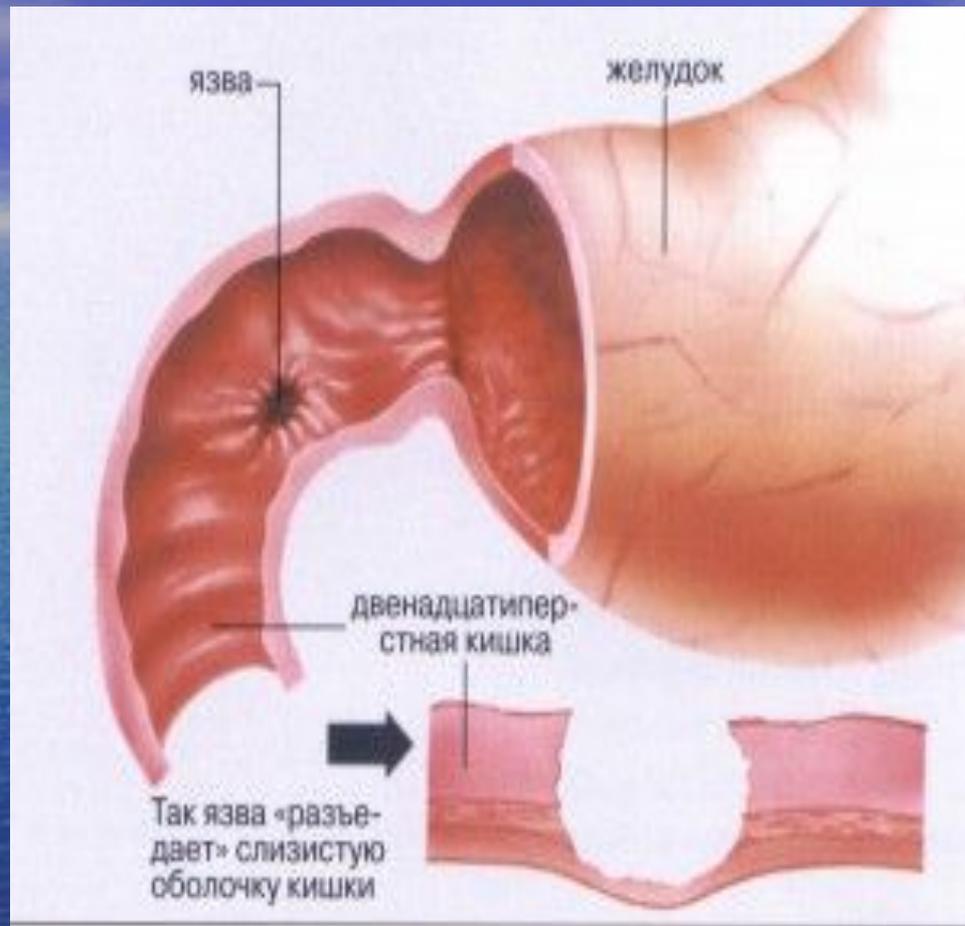
Характер боли	Голодные, ночные, поздние (через 1,5-2 часа после еды)	После еды
Локализация боли	Справа от средней линии живота	Слева от средней линии живота
Облегчающие боль средства	Пища и щелочи	Щелочи и рвота
Диспепсические расстройства	Выраженные	Отсутствуют или незначительные
Моторика желудка	Усиленная (быстрое опорожнение, спазмы)	Вялая или в норме
Кислотность	Повышена	Понижена или в норме
Базальная секреция	Повышена	Не изменена
Ночная секреция	Повышена	Не изменена



Наиболее информативные диагностические исследования

- Эндоскопическое .
- Рентгенологическое (не обязательно для неосложненной язвы).
- Исследование секреторной функции (повышение показателей базальной и стимулированной фракций) – позволяет выявить функциональные нарушения, но не язву.
- Исследование на хеликобактер пилори.







ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

рис. 5



острые эрозии -
плоские дефекты
с черным пигментом-
меланином



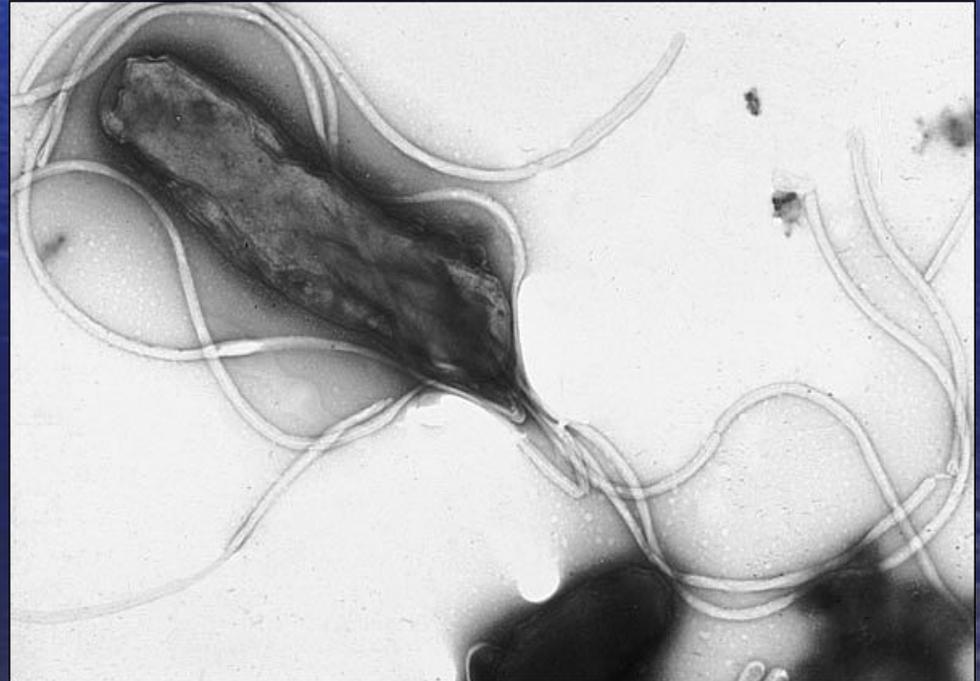
острая язва -
более глубокий
дефект слизистой



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



Иммунологический метод определения *H. pylori*

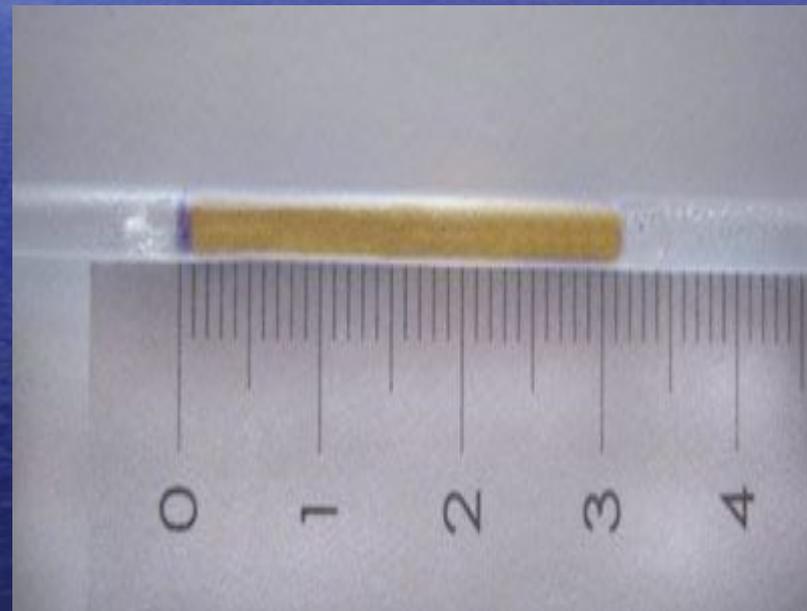


Проведение хелик-теста



- Положительный хелик-тест

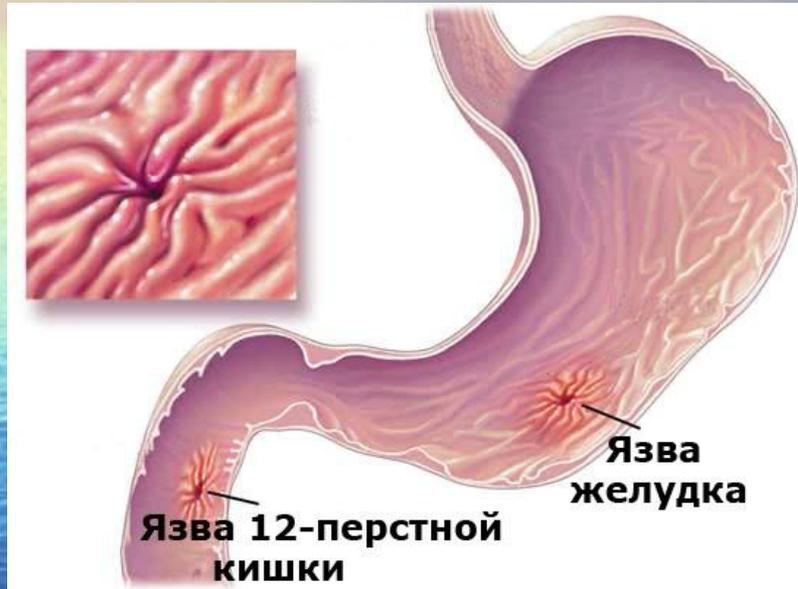
Отрицательный хелик-тест



Внутрижелудочная Рн -метрия

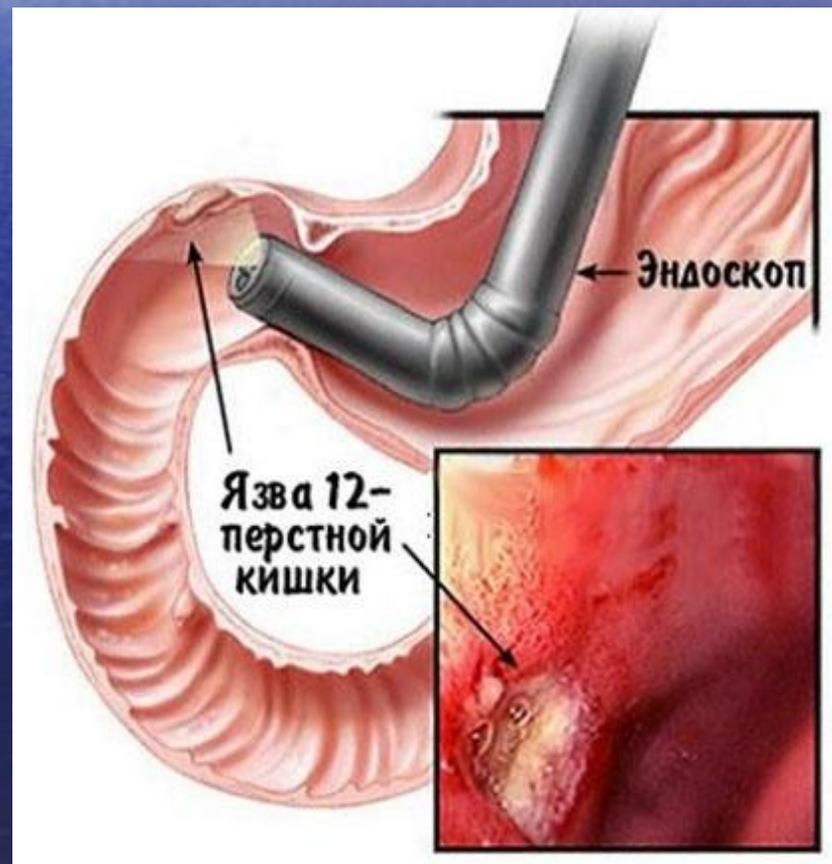
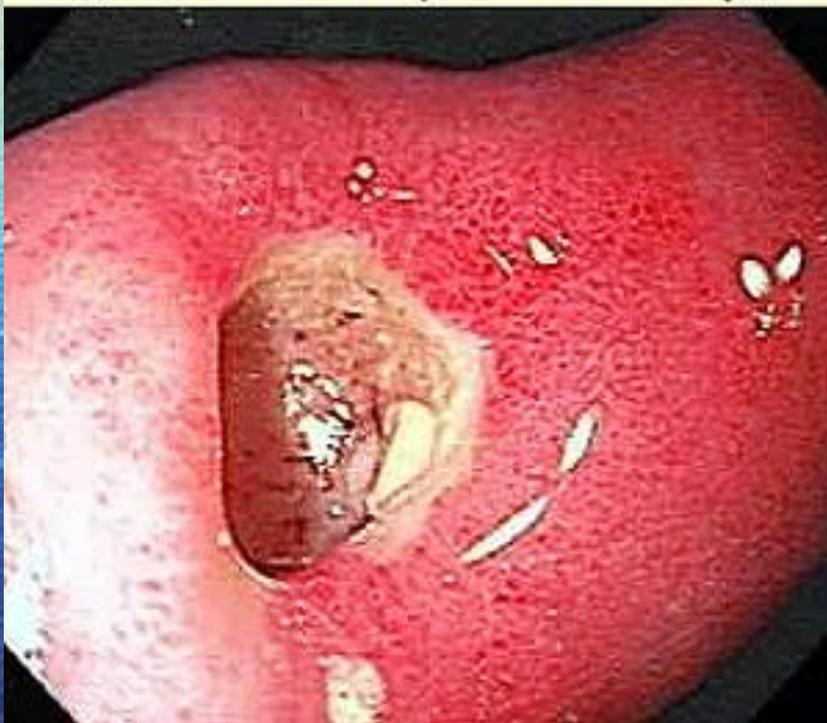


Эндоскопическая картина язвенной болезни



Эндоскопическая картина

Эндоскопическая картина язвы желудка





Рентгенологическая диагностика язвенной болезни

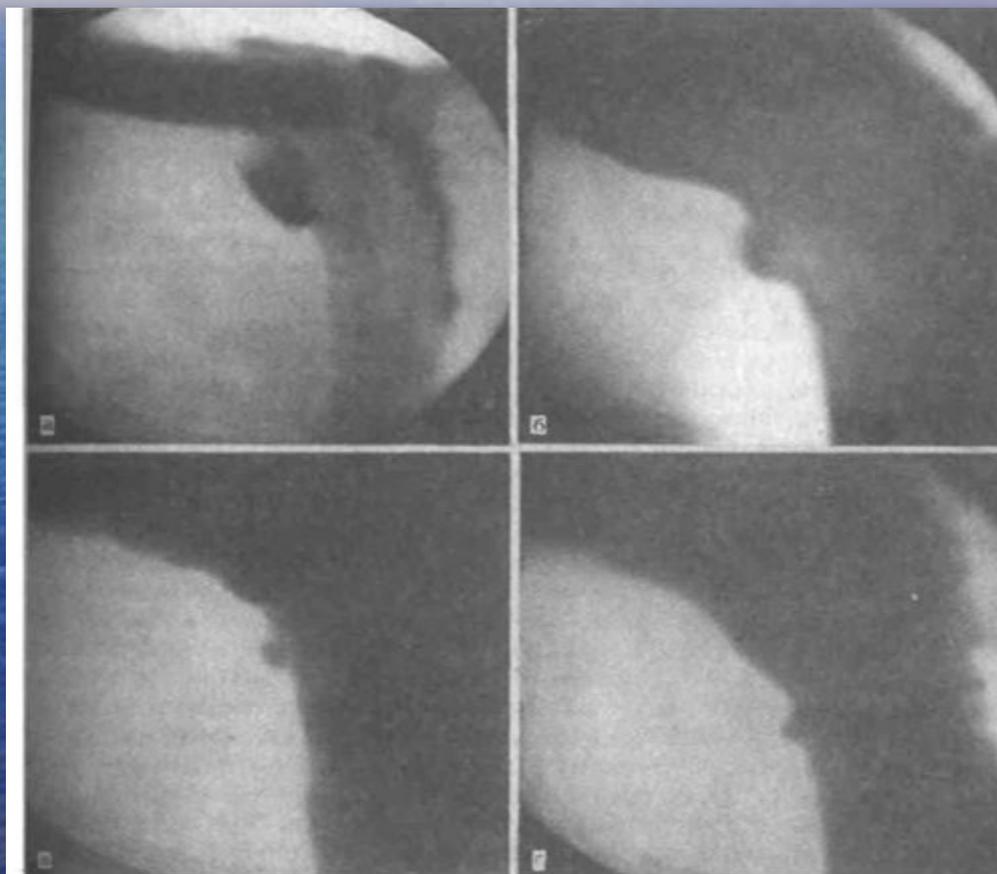
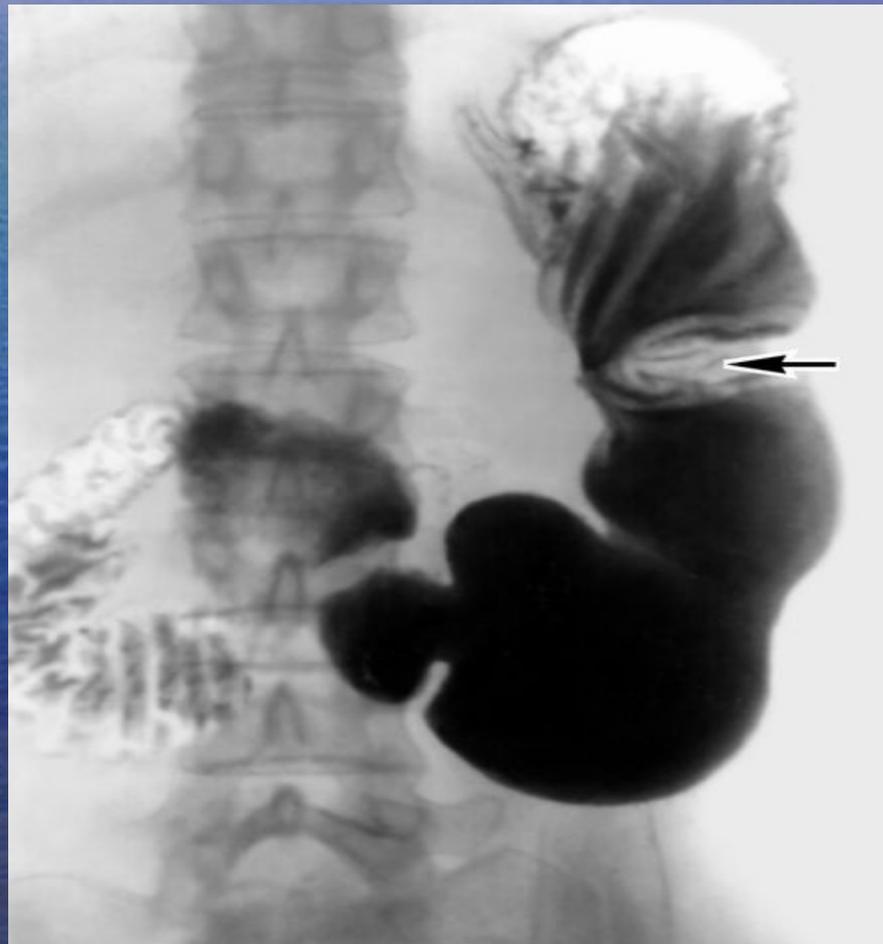


Рис 51 Серия прицельных снимков, выполненных в течение 8 нед (а—г)
Уменьшение язвы желудка под влиянием консервативного лечения

Симптом «ниши» при язвенной болезни



Классификация язвенной болезни

1. **Степень тяжести** (впервые выявлена, **легкая** степень – рецидивы 1 раз в год и реже, **средняя** – рецидивы 2 раза в год, **тяжелая** – рецидивы более 2 раз в год и осложнения).
2. **Фаза** – обострения, затухающее обострение, ремиссия.
3. **Клинико-эндоскопическая стадия** – свежая язва, рубцующаяся язва, зарубцевавшаяся язва, рубцово-язвенная деформация.
4. **Локализация язвы** – желудок (кардиальный, субкардиальный отдел, малая кривизна, большая кривизна, пилорический отдел), 12-перстная кишка (луковица, постбульбарная).
5. **Характер гастрита** (поверхностный, атрофический, локализация), **гастродуоденита** (активный, эрозивный, гиперпластический, ассоциированный с **HELICOBACTER PYLORI**).
6. **Функциональная характеристика** (с пониженной кислотообразующей функцией желудка, сохраненной, повышенной).
7. **Осложнения** – пенетрация (в поджелудочную железу, гепатодурденальную связку, желчный пузырь, печень, толстую кишку), острое кровотечение, перфорация, стеноз (компенсированный субкомпенсированный, декомпенсированный), рефлюкс-эзофагит.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯБ У ДЕТЕЙ

- КЛАССИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯБ НАБЛЮДАЕТСЯ МЕНЕЕ, ЧЕМ У 50% ДЕТЕЙ
- У 15% ДЕТЕЙ ЖАЛОБЫ ОТСУТСТВУЮТ (СПЯЩАЯ ИЛИ НЕМАЯ ЯЗВА)
- У 3% ДЕТЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ (КРОВОТЕЧЕНИЕ, ПЕРФОРАЦИЯ)
- ЧЕМ МЛАДШЕ РЕБЕНОК, ТЕМ МЕНЕЕ ТИПИЧНО ТЕЧЕНИЕ ЯБ

Осложнения ЯБ

Кровотечение – самое частое (80 %) осложнение.

- Клиника: кровавая рвота, мелена, симптомы острой кровопотери.
- Рвота «кофейной гущей» (гемоглобин под влиянием HCl преобразуется в гематин, имеющий черный цвет)
- Мелена – черный стул, наблюдается после потери 60 мл. крови (освобождается сернистое железо под влиянием пищеварительных ферментов).
- Симптомы кровопотери возникают в случае потери большого количества крови: слабость, тошнота, бледность, тахикардия, холодный, липкий пот, снижение АД, головокружение, иногда – обморок.
- Кровотечение может быть скрытым. В кале определяется скрытая кровь (положительная реакция Грегерсена).

Алгоритм диагностических методов при подозрении на язвенное кровотечение

- Сбор анамнеза и осмотр больного
- Определение группы крови и резус-принадлежности
- Эндоскопия и при необходимости рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки
- УЗИ органов брюшной полости

- **Перфорация** (8 %) – внезапная «кинжальная» боль в эпигастрии, тошнота, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, рвота, не приносящая облегчение.
- **Пенетрация** (1,5 %) – распространение язвы в окружающие ткани. Определяется рентгенологически и изменением функции сопряженных пострадавших органов.
- **Пилородуоденальный стеноз** (11 %).
Формируется постепенно. Чувство переполнения в желудке, тошнота, отрыжка, изжога, рвота, после которой наступает облегчение. Шум плеска в эпигастрии. Рентгенологически – расширение желудка, замедление его опорожнения.

*Язва желудка
переродившаяся
в рак*



Дифференциальный диагноз

Проводится с острыми (симптоматическими) язвами.

- Стрессовые. Возникают при ожогах, травмах, обморожениях. Клиника скудная, первый признак – остро возникающее кровотечение, реже – перфорация.
- Медикаментозные. Развиваются после приема средств, нарушающих барьерные функции слизистой оболочки (нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты, цитостатики и др.). Бессимптомное течение. Манифестируют кровотечениями.
- Гепатогенные. Развиваются при снижении инактивации в печени гастрина и гистамина. Клиническая картина стертая и атипичная, течение торпидное, плохо поддается терапии
- Панкреатогенные. Развиваются при снижении продукции бикарбонатов и повышении продукции кининов. Выражен болевой синдром, который связан с приемом пищи. Течение упорное.

- Эндокринные. Встречаются редко. При диабете, гипотиреозе. По течению похожи на тяжелую язвенную болезнь.
- Синдром Золлингера-Эллисона - гастринпродуцирующая опухоль (гастринома), чаще локализуется в антральном отделе желудка или в поджелудочной железе, в 16% случаев злокачественная. Ригидность к противоязвенной терапии. Скрининговый тест – повышение натошак концентрации гастрин в сыворотке крови
- Аллергические изъязвления наиболее часто развиваются при пищевой аллергии.
- При хронической почечной недостаточности вследствие нарушения разрушения гастрин в почках и нарушения защитного барьера желудка.
- При диффузных заболеваниях соединительной ткани в результате нарушения микроциркуляции.

Клиническая картина симптоматических язв

- Трудности распознавания
- Отсутствие типичного болевого синдрома и диспепсических расстройств
- Отсутствие сезонности и периодичности обострений
- Риск развития жизнеугрожающих состояний (кровоотечение, прободные язвы)

Эндоскопическая картина

- Могут быть одиночными и множественными
- Диаметр язвы обычно не превышает 1 см.
- Форма язвы овальная или круглая, «штампованные» дефекты
- Дно язвы – плоское кратерообразное
- Вокруг язвы – венчик ярко-красного цвета, воспалительный вал отсутствует
- Основная локализация – желудок
- Быстро эпителизируются

Цель лечения

- Купировать симптомы ЯБ и обеспечить репарацию язвенного дефекта.
- Устранить контаминацию НР СО.
- Добиться восстановления не только целостности, но функциональной состоятельности слизистой оболочки.
- Предупредить развитие обострений и осложнений.

Лечение язвенной болезни

Лечение ЯБ направлено на подавление факторов агрессии, ведущими из которых являются **кисотно-пептический** фактор и **инфицированность слизистой желудка HELICOBACTER PYLORI** .

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

1. Отказ от курения, употребления алкоголя.
2. Отказ от применения стероидных и нестероидных противовоспалительных средств, при невозможности отмены – ограничение дозы.
3. Рациональное питание. Предусматривается дробное питание 5-6 раз в день с исключением острых, маринованных и копченых продуктов. Щадящая диета № 1-б показана при симптомах проявления обострения.

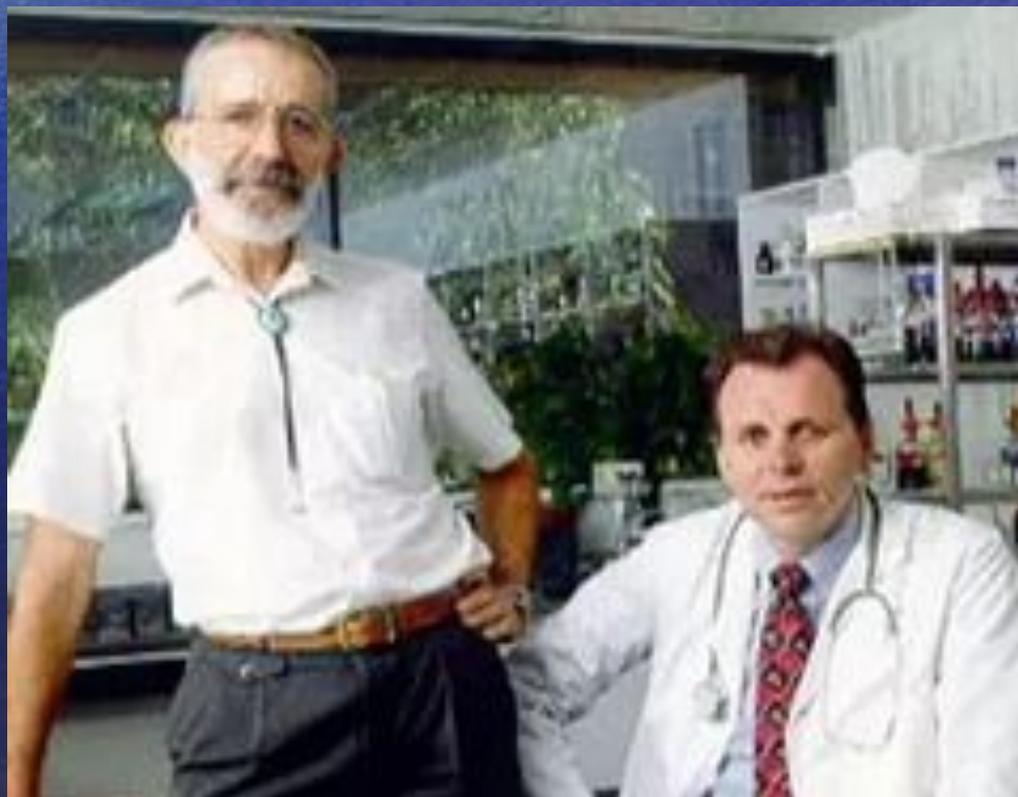
ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

1. Эрадикация **HELICOBACTER PYLORI**
2. Подавление кислотно-пептической агрессии.
3. Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений.
4. Стимуляция репаративных процессов.

Фармакотерапия ЯБ

- ЯБ является обязательным показанием к эрадикации НР независимо от стадии заболевания
- Лечение должно включать первую и вторую линию эрадикационной терапии.
- Первая линия терапии проводится сразу после установки диагноза ЯБ независимо от периоде (обострение, ремиссия) и осложнений.
- Контроль проводят не ранее, чем через месяц, предпочтительно неинвазивными методами: дыхательный (углеродный C13 или Хелик-тест) или тест определения хеликобактер пилори в кале.
- При положительном результате на НР назначают терапию второй линии. При отрицательном – терапия не показана.

Открыв бактериальную природу язвы желудка, ученый Барри Джеймс Маршалл положил мировую фарминдустрию на лопатки. Он доказал, что смертельные болезни можно вылечить элементарными препаратами



Эрадикация **HELICOBACTER PYLORI** способствует регрессии воспалительно-дистрофических изменений и восстановлению защитных свойств слизистой оболочки желудка.

ПРЕПАРАТЫ С АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ АКТИВНОСТЬЮ – фуразолидон, кларитромицин, амоксициллин, коллоидный субцитрат висмута.

ПРИМЕРНЫЕ ЭРАДИКАЦИОННЫЕ СХЕМЫ (детям старше 12 лет)

1. Омепразол + кларитромицин + фуразолидон
2. Омепразол + амоксициллин + кларитромицин
3. Омепразол + коллоидный субцитрат висмута + фуразолидон + амоксициллин

КОМБИНИРОВАННЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

1. Гастростат (коллоидный субцитрат висмута + тетрациклин) – детям старше 6 лет
2. Пилорид (ранитидин + висмута цитрат)
Терапию по схемам продолжают в течение 7 дней, затем оставляют только антисекреторную терапию.

Правила антихеликобактерной терапии

- Если при использовании схемы лечения не наступает эрадикация, повторять ее не следует, это означает, что *H.pylori* приобрела устойчивость к одному из компонентов лечения.
- Если использование одной, а затем другой схемы не приводит к эрадикации, нужно определить чувствительность *H.pylori* ко всему спектру назначенных антибиотиков.
- Появление *H.pylori* у больного ранее года после лечения следует рассматривать как рецидив инфекции, а не реинфекцию. При этом применяют более эффективную схему.
- Сокращение числа антибиотиков в схеме приводит к развитию резистентных штаммов *H.pylori*. После окончания 7-дневной комбинированной эрадикационной терапии лечение продолжается еще в течение 4-5 дней при дуоденальной язве и 7-8 недель при желудочной с использованием одного из антисекреторных препаратов.

Точки приложения основных противоязвенных средств



АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Селективные М-холинолитики (пирензепин, гастроцепин)
- Блокаторы H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин)
- Ингибиторы протонной помпы – блокаторы H⁺/K⁺-АТФазы париетальной клетки (омепразол) – детям старше 12 лет

Антисекреторная терапия

1. Блокаторы H₂-рецепторов гистамина

- Селективно ингибируют секрецию соляной кислоты
- Уменьшают объем желудочного сока
- Снижают уровень пепсина

- Группа циметидина – 1 поколение (циметидин, тагамет, гистодил, цимегексал, нейтронорм, примамет)
- Группа ранитидина – 2 и 3 поколение (ранитидин, ранисан, зантак, улькодин, зоран, гистак, ранигаст, ранитаб, ранитард, ранитин)
- Группа фамотидина – 2 и 3 поколение (лецидил, гастроцидин, квамател, фамоцид, ульфамид, фамодин)
- Группа низатидина (аксид)
- Группа роксатидина (роксан)

2. Блокаторы периферических М-

холинорецепторов

(гастроцепин, пирензепин, гастрозем, гастрил, пирен)

- Подавляют продукцию соляной кислоты и пепсина
- Увеличивают протективные свойства желудочной слизи

3. Блокаторы H^+ / K^+ -АТФазы (ингибиторы протонной помпы)

(омепразол, омез, омепрол, омизак, орнатол, лосек)

- Ингибируют синтез соляной кислоты

Цитопротекторы

1. Пленкообразующие (уменьшают обратную диффузию ионов водорода):

- Коллоидный субцитрат висмута, де-нол (трибимол, вентриксол). Усиливает выработку простагландинов, адсорбирует пепсины, обладает антихеликобактерной активностью.
- Сукральфат (вентер, антепсин). Соединяет алюминий с сульфатированным полисахаридом, в кислой среде приобретает клейкие свойства, на поверхности язв и эрозий образует комплексное соединение с белком – хелат, создавая механический защитный барьер.

Пленкообразующие препараты являются базисными препаратами при язвах желудка с нормальной секреторной функцией.

2. Простагландины – усиливают выработку бикарбонатов и слизи, увеличивают толщину защитного геля, улучшают микроциркуляцию. Это мезопростол (арбопростил, энпростил).

Принимают до еды и на ночь. Курс – 4 недели.

- При наличии сопутствующих моторных нарушений (ДГР, ГЭР) применяют домперидон, мотилияум 1 мг/кг в 3 приема или цизаприд (кардинакс, пропульсид) 0,4-0,5 мг/кг/сутки.
- Спазмолитики (но-шпа, папаверин, платифиллин, бускопан)

Мероприятия при кровотечении

- Экстренная госпитализация с целью возможной эндоскопической остановки (диатермо- или лазерная коагуляция)
- Внутривенное введение кровеостанавливающих препаратов (викасол, кальций, андроксол)
- Прием внутрь 5 % р-ра аминокaproновой кислоты с тромбином и андроксолом
- Назначение H₂ –гистаминоблокаторов внутримышечно (квamatел 2мг/кг/сутки внутривенно микроструйно)
- При значительной кровопотере – переливание плазмы и одногруппной совместимой крови

- Продолжительность стационарного лечения при ЯБ ДПК – 28 дней, ЯБЖ – 30-35 дней, при тяжелом течении – до 6-8 недель.
- При репарации язвы (фаза неполной ремиссии) лечение продолжают в амбулаторных условиях. В фазе ремиссии показано санаторно-курортное лечение.

- Критерием эффективности терапии является клинико-эндоскопическая ремиссия с исчезновением симптомов обострения, зарубцевавшейся язвой и отсутствии признаков воспаления при эндоскопии. Снимаются с диспансерного учета при полной ремиссии в течение 5 лет.

Диспансеризация

- Наблюдение педиатра 2-4 раза в год, в зависимости от особенностей течения болезни.
- При отсутствии обострения - ФГДС 1 раз в год, а также при неэффективности терапии "по требованию" в период обострения.
- Исследование желудочной секреции методом рН-метрии 1 раз в год.
- Анализ кала на скрытую кровь 1 раз в 6 мес.

- В периоде полной ремиссии в течение 4-6 месяцев продолжается диета № 1.
- Ребенок освобождается от занятий физкультурой в основной группе.
- В периоде диспансеризации не реже 2-х раз в год (как правило, осенью и весной) проводятся профилактические курсы лечения продолжительностью 3-4 недели (без отрыва от учебы).
- Санаторно-курортное лечение проводится в периоде полной ремиссии или затухающего обострения при отсутствии явлений выраженного гастродуоденита, а в случае имевшего место кровотечения – не ранее, чем через 6 месяцев при условии полной ремиссии (Трускавец, Моршин, Березовские минеральные воды, Рай-Еленовка и др.)
- Если у диспансерного больного в течение 3 лет нет обострений и он находится в состоянии полной ремиссии, то такой больной подлежит снятию с учета.



ANNE GEDDES®

www.annegeddes.com

© 1995 Anne Geddes