Гастрит и дуоденит у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K29.0, K29.1, K29.3, K29.4, K29.5, K29.6, K29.7, K29.8 · Союз педиатров России, Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов"

Гастрит — поражение слизистой оболочки желудка, а дуоденит — воспалительно-дистрофический процесс двенадцатиперстной кишки; хронические формы являются морфологическим диагнозом. В практике главное — отбирать детей на ЭГДС по симптомам «тревоги», подтверждать диагноз биопсией, дифференцированно выявлять и лечить H. pylori, а не применять стратегию «test and treat».

Главное

- Хронический гастрит и хронический дуоденит устанавливают по гистологии: лимфоцитарная/нейтрофильная инфильтрация, атрофия, кишечная метаплазия, дисплазия; эндоскопические признаки и H. pylori помогают уточнить воспаление и этиологию.
- У большинства детей гастрит не имеет специфических симптомов; настораживают дисфагия, рецидивирующая или постоянная рвота, кровь в рвоте, мелена/признаки ЖК-кровотечения, рецидивирующая диарея, потеря массы, задержка роста/пубертата, длительная лихорадка.
- ЭГДС детям выполняют не всем, а по показаниям: симптомы «тревоги», медикаментозно некупируемый ГЭР, хронические упорные стереотипные боли, анорексия, потеря массы/задержка роста, анемия, хроническая диарея, семейный анамнез язвенной болезни или рака желудка. УУР С, УДД 5.
- При ЭГДС у детей с подозрением на гастрит/дуоденит и показаниями к эндоскопии берут биопсии из тела и антрума желудка, луковицы и залуковичной зоны ДПК; материал из разных отделов маркируют отдельно. УУР В, УДД 2.
- У детей не используют подход «проверь и лечи» для H. pylori: обследование и лечение обосновывают клиникой, эндоскопией, морфологией, рисками и обсуждением с семьей.
- Перед тестированием на H. pylori выдерживают интервалы: не менее 2 недель после отмены антисекреторных препаратов, особенно ИПН, и не менее 4 недель после системных антибиотиков и висмута трикалия дицитрата. УУР С, УДД 5.
- Госпитализация нужна при боли 8–10/10, признаках ЖК-кровотечения, необходимости ЭГДС с множественной биопсией под наркозом, эрадикации под контролем из-за высокого риска аллергии/антибиотико-ассоциированной диареи или по социальным причинам.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез с поиском симптомов «тревоги»: постоянная боль в правом верхнем/нижнем квадранте, дисфагия, одинофагия, постоянная рвота, признаки ЖК-кровотечения, непроизвольная потеря массы, замедление роста, задержка полового созревания, необъяснимая лихорадка, семейный анамнез ВЗК, целиакии или язвенной болезни.
2. Уточните прежние ЭГДС с биопсией, наличие воспаления, атрофии, кишечной метаплазии, дисплазии, выявление H. pylori, схему эрадикации и был ли контроль ее эффективности.
3. Проведите физикальный осмотр: поверхностная и глубокая пальпация живота, оценка перитонеальных симптомов, перкуссия печени, аускультация перистальтики; патогномоничных физикальных признаков нет.
4. Назначьте развернутый общий анализ крови для выявления анемии при эрозивном кровотечении или аутоиммунном гастрите; микроцитарная анемия может указывать на скрытую кровопотерю/дефицит железа, макроцитарная анемия — на дефицит B12 при аутоиммунном поражении. УУР С, УДД 5.
5. При подозрении на аутоиммунный гастрит определите антитела к париетальным клеткам желудка; антитела к париетальным клеткам имеют чувствительность около 80% и низкую специфичность, антитела к фактору Кастла — чувствительность около 50% и специфичность до 99%. УУР С, УДД 5.
6. Если есть показания, выполните ЭГДС с биопсией желудка и ДПК и последующим гистологическим/гистохимическим/иммуногистохимическим исследованием, включая поиск H. pylori и других инфекционных агентов. УУР В, УДД 2.

7. Для первичной диагностики H. pylori предпочтительны инвазивные методы: быстрый уреазный тест, микроскопия материала желудка, при доступности — культуральное исследование биоптатов; серологические тесты не рекомендуют для первичной диагностики и контроля эрадикации у детей. УУР С, УДД 5.

Лечение

- В обострение назначают щадящую диету: химическое, механическое и термическое ограничение, 5–6 приемов пищи в сутки 1 месяц, затем 4 раза в сутки; к обычному питанию возвращают через 2–3 месяца при стойкой клинико-эндоскопической ремиссии. УУР С, УДД 5.
- Из рациона в обострение исключают жареное, копченое, соленое, маринованное, перец, горчицу, специи, лук, чеснок; предпочтительны паровые, отварные, тушеные блюда, каши, кисели из сладких ягод, муссы, желе, печеные яблоки.
- Эрадикацию H. pylori проводят детям по абсолютным показаниям: эрозивные и/или атрофические изменения слизистой гастродуоденальной зоны, семейная отягощенность по язвенной болезни или раку желудка; относительные показания — выраженная симптоматика, обширная обсемененность H. pylori по гистологии, H. pylori-ассоциированная патология у родственников, пожелавших лечение после обследования. УУР С, УДД 5.
- Желательно до эрадикации выполнить культуральное исследование H. pylori с чувствительностью к антибиотикам; это обязательно при неудаче первой и второй линий. УУР С, УДД 5.
- При неизвестной чувствительности применяют 14-дневные схемы: ИПН + амоксициллин + кларитромицин ± висмут; ИПН + кларитромицин + метронидазол ± висмут; ИПН + амоксициллин + метронидазол ± висмут; ИПН + амоксициллин или кларитромицин + нифурател; ИПН + тетрациклин + висмут + метронидазол с 8 лет. УУР С, УДД 5.
- Дозы для эрадикации: омепразол 1 мг/кг/сут в 2 приема с 12 лет; рабепразол 1 мг/кг/сут в 2 приема с 12 лет; эзомепразол 1–2 мг/кг/с в таблетках или гранулах в 2 приема за 30 минут до еды, с 1 года, таблетки с 12 лет; амоксициллин 50 мг/кг до 1 г в 2 приема с 5 лет, возможно повышение в 1,5 раза; кларитромицин 15 мг/кг в 2 приема; метронидазол 20 мг/кг до 500 мг в 2 приема с 6 лет; тетрациклин 50 мг/кг до 1 г в 2 приема с 8 лет; висмута трикалия дицитрат 120 мг 3–4 раза или 8 мг/кг/сут с 4 лет.
- При H. pylori-негативном гастрите/дуодените лечат симптомы: при эпигастральной боли — антациды или ИПН; при тяжести и раннем насыщении — домперидон с 12 лет 10 мг 3 раза в сутки или тримебутин: 3–5 лет 25 мг 3 раза, 5–12 лет 50 мг 3 раза, старше 12 лет 100–200 мг 3 раза в сутки. УУР С, УДД 5.
- Для снижения риска побочных эффектов и повышения эффективности антихеликобактерной терапии селективно применяют противодиарейные микроорганизмы; Saccharomyces boulardii CNCM I-745: 250 мг 2 раза в день с 1 года до 3 лет, 500 мг 2 раза в день с 3 лет. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Большинство детей с гастритом и дуоденитом лечатся и наблюдаются амбулаторно.
- Экстренная госпитализация показана при признаках желудочно-кишечного кровотечения у ребенка с подозрением на эрозивный гастрит и/или дуоденит.
- Плановая госпитализация возможна при выраженной абдоминальной боли 8–10 баллов, необходимости эрадикации под врачебным контролем из-за высокого риска аллергии или антибиотико-ассоциированной диареи, необходимости ЭГДС с множественной биопсией под наркозом, а также по социальным показаниям.
- Выписка из стационара возможна после установления диагноза, купирования боли и исключения острой хирургической патологии, завершения эрадикации, выполнения эндоскопии или остановки ЖК-кровотечения.
- Диспансерное наблюдение ведут педиатр/врач общей практики и/или гастроэнтеролог; при стойкой длительной клинико-лабораторной ремиссии через 3 года можно решать вопрос о снятии с учета. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Нужно ли искать H. pylori у ребенка с функциональной диспепсией без симптомов тревоги?

Нет. При жалобах, соответствующих функциональной диспепсии, без показаний к ЭГДС и без симптомов «тревоги» обследование на H. pylori не проводят; сначала лечат предполагаемое функциональное расстройство. УУР С, УДД 5.

Чем подтвердить диагноз хронического гастрита или дуоденита у ребенка?

Диагноз хронического гастрита/дуоденита морфологический: нужен биопсийный материал с признаками воспаления, активности, атрофии, метаплазии или дисплазии. Эндоскопия помогает выбрать зоны биопсии и выявить эрозии, нодулярность и другие изменения.

Когда контролировать успешность эрадикации H. pylori?

Контроль проводят через 4–6 недель после окончания лечения. Используют 13С-уреазный дыхательный тест или антиген H. pylori в кале с моноклональными антителами; серологию для контроля не применяют. УУР С, УДД 5.

Что делать, если первая эрадикация H. pylori у ребенка не сработала?

Повторную терапию не начинают сразу, а проводят при последующем обострении; схему по возможности выбирают по посеву и чувствительности H. pylori. Если это невозможно, применяют квадротерапию, например ИПН + тетрациклин + метронидазол + висмут, либо схемы с производными нитрофурана. УУР С, УДД 5.

Являются ли гастрит и дуоденит противопоказанием к вакцинации?

Нет. Гастриты и дуодениты не считаются противопоказанием к вакцинации вакцинами любого типа, включая вакцинацию против COVID-19, если соблюдены инструкции к препаратам.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/837-gastrit-i-duodenit-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/837_1