

**IMSP INSTITUTUL MAMEI ȘI COPILULUI**

# **GASTRITA ȘI DUODENITA LA COPII**

**Protocol clinic instituțional**

*Chișinău2013*

CUPRINS

<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....</b>	<b>3</b>
<b>PREFAȚĂ.....</b>	<b>3</b>
<b>PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ.....</b>	<b>3</b>
A.1. Diagnostic.....	3
A.2. Codul bolii.....	3
A.3. Utilizatorii.....	3
A.4. Scopurile protocolului.....	3
A.5. Data elaborării protocolului.....	3
A.6. Data reviziei următoare.....	3
A.7. Definițiile folosite în document.....	3
<b>B. PARTEA GENERALĂ.....</b>	<b>4</b>
B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească specializată IMSP IMȘiC.....	4
<b>C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.....</b>	<b>5</b>
C 1.1. Managementul de conduită al copiilor cu gastrită și/sau duodenită.....	5
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....</b>	<b>6</b>
C.2.1. Clasificarea.....	6
C.2.2. Factori de risc.....	6
C.2.3. Conduita pacientului.....	7
C.2.3.1. Anamneza.....	7
C.2.3.2. Examenul clinic.....	7
C.2.3.3. Investigații paraclinice.....	8
C.2.3.4. Diagnosticul diferențiat.....	9
C.2.4. Tratamentul.....	9
C.2.4.1. Tratamentul nemedicamentos.....	9
C.2.4.2. Tratamentul medicamentos.....	10
C.2.5. Supravegherea.....	12
C.2.6. Complicațiile.....	14
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....</b>	<b>14</b>
D.1. Secția consultativă pentru copii IMSP IMȘiC și secția gastroenterologie IMSP IMȘiC.....	14
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI.....</b>	<b>15</b>
<b>F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE.....</b>	<b>15</b>
<b>Anexa 1. Ghidul pacientului cu gastrită și duodenită.....</b>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>17</b>

Aprobat prin ordinul IMSP IMȘiC nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

<b>HP</b>	Helicobacter Pylori
<b>AINS</b>	Antiinflamatorii nesteroidiene
<b>CIM-X</b>	Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>FAI</b>	Fără Alte Informații
<b>FEGDS</b>	Fibroesofagogastroduodenoscopia
<b>MALT</b>	<i>Mucosa associated lymphoid tissue</i>

## PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional „Gastrita și duodenita la copii” a fost elaborat în baza Protocolului clinic național 125 „Gastrita și duodenita la copii” de către grupul de lucru în componența: Dr. Ion Mișu, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, șef secție gastroenterologie, IMSP IMȘIC; Dr. Olga Tighineanu medic pediatru, doctorand secție gastroenterologie, IMSP IMȘIC. Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința grupului de lucru pentru elaborarea și implementarea protocoalelor clinice, Consiliul Calității din cadrul IMSP IMȘIC, președinte Mihai Rotaru.

## PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ

### A.1. Diagnostic:

#### *Exemple de formulare a diagnosticului clinic:*

1. Gastrită erozivă, localizată antral, cu activitate moderată, Helicobacter pylori pozitiv.
2. Duodenită erozivă, Helicobacter pylori negativ.

### A.2. Codul bolii (CIM 10): K29.0-K29.9

### A.3. Utilizatorii: IMSP IMȘIC:

- Secția internare,
- Secția gastroenterologie,
- Secția reanimare și terapie intensivă,
- Secția chirurgie urgentă și septică,
- Laboratorul clinic,
- Laboratorul bacteriologic,
- Secția endoscopie,
- Secția radiologie,
- Secția diagnostic funcțional,
- Secția consultativă pentru copii IMSP IMȘIC,
- Farmacia spitalului.

### A.4. Scopurile protocolului

1. Creșterea numărului de copii diagnosticați precoce cu gastrită și/sau duodenită.
2. Creșterea numărului de copii cu gastrită și/sau duodenită la care s-a obținut eradicarea HP.
3. Reducerea acutizărilor la copii cu gastrită și/sau duodenită cronică.
4. Reducerea numărului de copii cu gastrită și/sau duodenită cronică, ce au dezvoltat complicații.

### A.5. Data elaborării protocolului: 2013

### A.6. Data reviziei următoare: concomitent cu reactualizarea PCN.

### A.7. Definițiile folosite în document

*Gastrita acută* – inflamația acută a mucoasei stomacului [24].

*Gastrita cronică* – inflamația cronică a mucoasei stomacului [31].

*Gastrita cronică specifică* – inflamația cronică a mucoasei stomacului, cu leziuni inflamatorii de tip granulomatos, limfocitar, eozinofilic.

*Gastrita atrofică* – inflamația cronică a mucoasei stomacului și înlocuirea celulelor gastrice glandulare cu epiteliul intestinal, de tip piloric și țesut conjunctiv [30].

*Gastrita cronică autoimună* – metaplazia mucoasei stomacale, cu formarea autoanticorpilor anti-celule parietale [30].

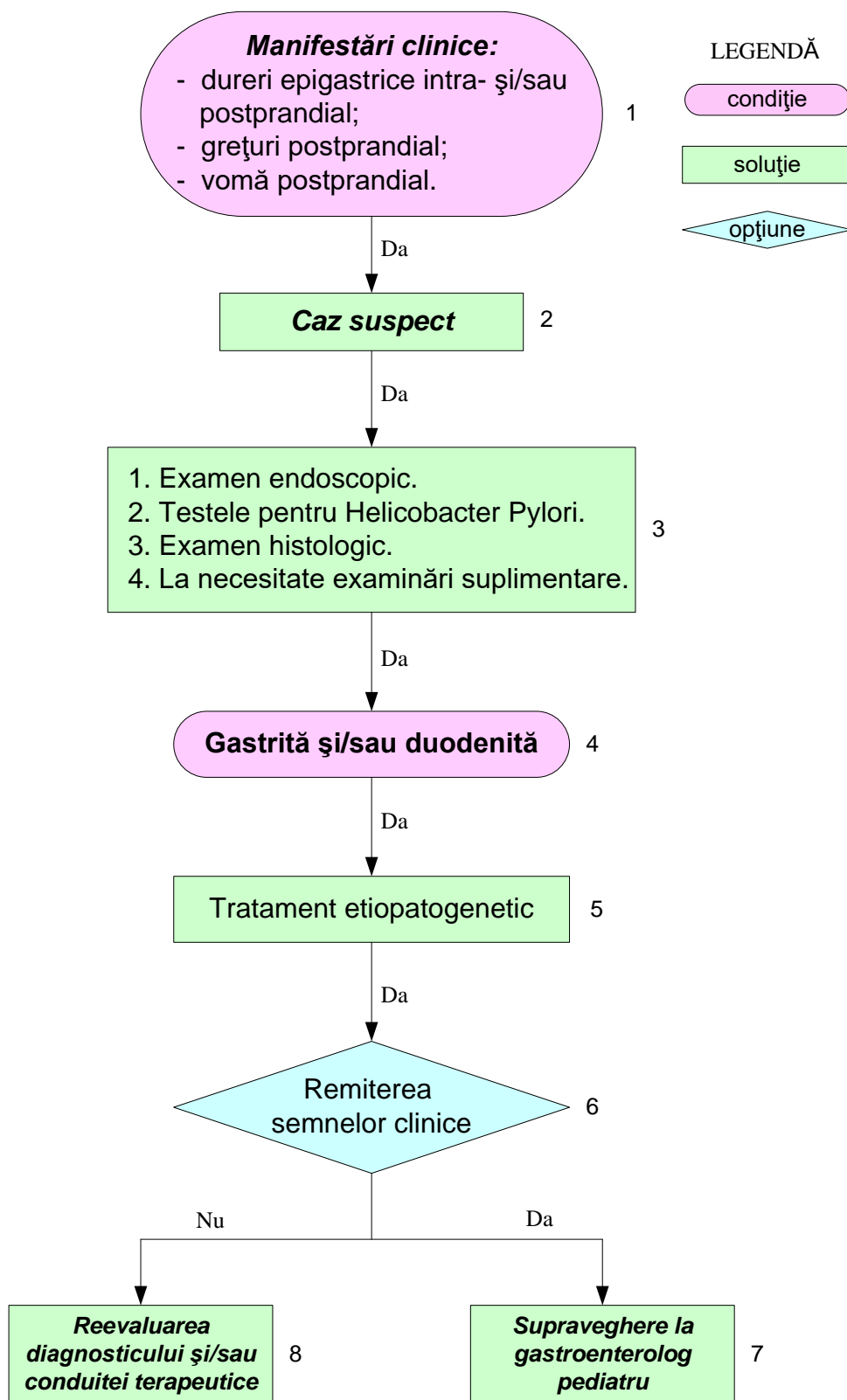
*Gastropatia* – leziuni epiteliale și/sau vasculare ale mucoasei gastrice de tip acut sau cronic, fără substrat inflamator [24].

## B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească specializată IMSP IMȘIC		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Spitalizare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spitalizarea este necesară pentru efectuarea intervențiilor și procedurilor diagnostice și terapeutice care nu pot fi executate în condiții de ambulator (examenul endoscopic, histologic, radiografie cu dublu contrast).</li> <li>Lipsa răspunsului terapeutic în condiții de ambulator.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criteriile de spitalizare (<i>caseta 13</i>).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. <b>Confirmarea diagnosticului de gastrită și/sau duodenită</b> (capitolul 2.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticul se confirmă prin datele anamnestice, evaluarea clinică și combinarea investigațiilor endoscopice, histologice, radiologice și/sau biochimice.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anamneza și evaluarea factorilor de risc (<i>caselele 1, 3</i>);</li> <li>➤ Examenul clinic, prin aprecierea manifestărilor tipice, atipice, digestive și extradigestive (<i>caselele 4, 5</i>);</li> <li>➤ Diagnosticul diferențial (<i>caseta 7</i>);</li> <li>➤ Investigații paraclinice obligatorii și recomandabile (<i>tabelul 4</i>).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (capitolul 2.4.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factorii de risc și produsele alimentare interzise în perioada acută, pot agrava evoluția și amână vindecarea.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recomandări privind excluderea factorilor de risc și modificarea regimului igienodietetic (<i>caseta 8</i>).</li> </ul>
3.2. Tratamentul medicamentos (capitolul 2.4.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamentul medicamentos prevede administrarea preparatelor, conform agentului etiologic și tratamentul complicațiilor.</li> <li>Nu există terapie specifică pentru tratarea gastritei și/sau duodenitei, cu excepția infecției cu HP.</li> <li>În cazul gastritei asociate cu o patologie sistemică, tratamentul medicamentos este orientat spre patologia primară.</li> <li>IPP inhibă secreția de HCl, iar RH2 sunt o terapie de alternativă.</li> <li>Antibioticele sunt orientate pentru eradicarea HP și rațional ar fi administrarea conform antibioticogramei.</li> <li>Tratament chirurgical este indicat în hemoragii gastrice sub formă endoscopică; în caz de gastrită phlegmonoasă.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Indicarea tratamentului conform tipului de gastrită: <ul style="list-style-type: none"> <li>- eradicarea infecției cu HP, conform <i>Recomandările Maastricht IV, 2010 (tabelul 6)</i>;</li> <li>- glucocorticoizii în gastrita cronică atrofică (<i>caseta 10</i>);</li> <li>- antihistaminice în gastrita cronică eozinofilică (<i>caseta 10</i>);</li> <li>- prostaglandine în gastrita provocată de AINS (<i>caseta 10</i>).</li> </ul> </li> <li>➤ Tratamentul complicațiilor (hemostază endoscopică).</li> <li>➤ În caz de manifestări extradigestive și/sau complicații, se recomandă consultația specialiștilor din domeniu.</li> <li>➤ Supravegherea factorilor cu rol în eșecul tratamentului copiilor cu gastrită și duodenită (<i>caseta 12</i>).</li> </ul>
<b>4. Externarea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supravegherea pacienților se va efectua în comun cu medicul specialist gastroenterolog-pediatru, pediatru și/sau medicul de familie.</li> <li>Durata aflării în staționar poate fi 7 zile, în funcție de severitatea bolii, complicații și de răspunsul la tratament.</li> </ul>	<p>Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ diagnosticul clinic complet;</li> <li>✓ rezultatele investigațiilor și tratamentului efectuat;</li> <li>✓ recomandări pentru specialiștii ce vor participa la supraveghere;</li> <li>✓ oferirea informației pentru pacient (<i>Ghidul pacientului, Anexa 1</i>)</li> </ul>

## C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C 1.1. Managementul de conduită al copiilor cu gastrită și/sau duodenită



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea

Tabelul 1. *Clasificarea endoscopică după Sistemul Sydney actualizat, Houston, 1994* [24].

TIPUL GASTRITEI	CRITERII ENDOSCOPICE
<i>Gastrita exudativ-eritematoasă</i>	- mucoasa fără luciu, friabilă - parcele eritematoase de 2-3mm, dispuse difuz - granulație fină și exudat punctiform
<i>Gastrita maculo-erozivă</i>	- ulcerații de diferite forme, cu 1-4 mm, elementele mari sunt înconjurate de un lizeru roșu - depuneri fibrinoase alb-cenușii
<i>Gastrita papulo-erozivă</i>	- ulcerații dimensiuni variabile, ridicate de-asupra mucoasei cu 3-4 mm (protruzive), aspect variolioform
<i>Gastrita atrofică</i>	- mucoasa aplatisată, palidă, laxă, friabilă - leziuni gastrice, inițial, unice distribuite focal, ulterior multiple
<i>Gastrita hemoragică</i>	- mucoasa sîngerează, cu echimoze (hemoragii subepiteliale)
<i>Gastrita cu pliuri hipertrofice</i>	- pliurile gastrice hipertrofice (h > 1cm) - nu se aplatizează la insuflarea cu aer

Tabelul 2. *Gradarea modificărilor histologice conform Sistemului Sydney (Houston, 1994)* [24]

Caracteristici histologice	Definiții		Gradare
	localizare	modificari	
<i>Inflamație acută</i>	<i>lamina propria</i>	predominarea neutrofilelor față de limfoplasmocite.	În funcție de densitatea celulară: • <i>ușoară</i> • <i>moderată</i> • <i>severă</i>
<i>Inflamație cronică</i>	<i>lamina propria</i>	cresc numărul de limfoplasmocite	În funcție de densitatea celulară: • <i>ușoară</i> • <i>moderată</i> • <i>severă</i>
<i>Activitatea procesului</i>	<i>lamina propria</i>	inflamație cronică, infiltrate polimorfonucleare.	<i>Ușoară</i> : < 1/3 din cripte și epitelii de suprafață <i>Moderată</i> – 1/3-2/3 <i>Severă</i> – > 2/3
<i>Atrofie</i>	glandele specializate din antrul/corpul gastric	reducerea sau dispariția	• <i>ușoară</i> • <i>moderată</i> • <i>severă</i>
<i>Metaplazie intestinală</i>	epiteliu foveolar sau de suprafață	toate tipurile de metaplazie intestinală.	<i>Ușoară</i> – <1/3 din mucoasă <i>Moderată</i> – 1/3 - 2/3 <i>Severă</i> – > 2/3
<i>Helicobacter pylori</i>	epiteliu de suprafață	densitatea HP	<i>Colonizare ușoară</i> : HP < 1/3 suprafață <i>Intermediară</i> – 1/3-2/3 suprafață <i>Colonizare severă</i> : clusteri mari/strat continuu, HP > 2/3 suprafață.

### C.2.2. Factori de risc

Caseta 1. *Factorii de risc în gastrită și/sau duodenită*

- Factorul genetic
- Vîrsta

Gastrita afectează toate vîrstele [25], pe măsura creșterii copilului cea mai frecventă fiind *gastrita*

cu HP. În funcție de vîrstă, prezența anticorpilor către HP este următoarea [38]:

- nou-născuți - 9%;
- 10 ani - 53 %;
- 1 an - 26%;
- 100 ani - 82 %.
- 5 ani - 46%;

• **Sexul**

- *Gastrita cronică cu HP, gastrita cronică atrofică* afectează ambele sexe în egală măsură [16, 26, 27, 30, 31];
- *Gastrita cronică autoimună* înscrie un raport femei/bărbați de 3/1 [30, 31].

• **Aria geografică și locul de trai**

- *Gastrita cronică cu HP* se întâlnește preponderent în țările în curs de dezvoltare, datorită diferențelor social-economice [27, 30, 31] și în localitățile rurale [16].

• **Fumatul, alcoolul și drogurile**

- **Factorul alimentar:** aditivii alimentari (conservanții), în special la persoanele genetic susceptibile; alimentare irațională.
- **Factorul psihosocial**

**Caseta 2. Factorii etiologici ai gastritei și duodenitei la copii**

• **Factorul infecțios**

- **Bacterii:** *Helicobacter pilory, Helicobacter heilmanii, mycobacteriile, Treponema pallidum, Streptococcus, Stafilococcus, Proteus, Clostridium, Escherichia colli.*
- **Virusi:** *Herpes simplex, citomegalovirus, rotavirus, HIV.*
- **Fungii:** *Candida albicans, Histoplasmosis, Mucormycosis, Blastomycosis, Phycomycetes.*
- **Infestații:** *Strongyloides, Schistosomiasis, Diphyllbothrium latum, Anisakis sp.*

- **Factorul chimic** [25]: hidrat de sodiu; acid sulfuric; acid azotic; acid clorhidric; acid acetic; sublimat; gastropatia uremică; cocaina; bila: prin refluxul duodenogastral. Acizii biliari reprezintă un mediu alcalin important pentru activarea enzimelor digestive în intestinul subțire, în cazul refluării pot determina gastrită; [25].

- **Factorul medicamentos:** AINS, glucocorticosteroizi, citostatice, preparate de fier, chimioterapice.

• **Factorul autoimun**

- **Factorul ischemic (vascular)** [25, 31] gastrită ulcero-hemoragică secundară ischemiei.
- **Factorul mecanic** [25, 31]: traumatisme directe.
- **Factorul iradiant** [25, 31].
- **Factorul alergic** [25, 31].

**C.2.3. Conduita pacientului**

**C.2.3.1. Anamneza**

**Caseta 3. Repere anamnestice pentru diagnosticul gastritei și duodenitei la copii [25, 26]**

- **Durerile abdominale:** localizarea și intensitatea; frecvența și caracterul; circumstanțele de ameliorare și agravare; ciclicitatea sezonieră.
- **Voma:** periodicitatea în timpul zilei; frecvența și volumul; aspectul macroscopic.
- **Manifestări digestive:** grețuri postprandiale; anorexie; pirozis, flatulență; hemoragii digestive superioare.
- **Administrarea medicamentelor:** AINS: corticosteroizi, preparate de fier.
- **Anamneza familială:** istoric familial de infecție cu HP, gastrită cronică atrofică, gastrită cronică granulocitară; prezența la rude a durerilor abdominale cronice, vome, rectoragiei.
- **Manifestări extradigestive:** gastrita cronică Menetrier: edeme și ascită; gastrita cronică alergică: astm, urticarie, bronșită spastică, edem angioneurotic; gastrită cronică atrofică: sindromul anemic, neuropatii.

**C.2.3.2. Examenul clinic**

**Caseta 4. Manifestările clinice ale gastritei și duodenitei la copii**

<i>Tipul clasic</i>	<i>Tipul non-clasic</i>
<i>Triada clinică clasică</i> (dureri abdominale, greață,	- senzație de plenitudine 91,1%;

vomă postprandial) [24, 41]; - dureri abdominale – 95,5% [41]; - greață -13,4% [41]; - voma [41].	- senzație de sațietate în timpul sau imediat după mese 87,5%; - eructații 67,9%; - flatulență 77,7%.
--	---

**Caseta 5. Manifestările extraintestinale ale gastritei și duodenitei la copii**

- **Manifestările cutaneo-mucoase:** alergice; urticarie; edem angioneurotic; stomatita angulară; stomatită aftoasă; edeme; candidoză digestivă.
- **Manifestările hematologice:** anemie feriprivă refractară la tratament; anemie B12 deficitară; anemie hemolitică autoimună; purpură trombocitopenică; anemie folideficitară.
- **Patologii asociate:** boala Crohn; boala celiacă; tiroidita Hashimoto; colagenoze.

**Caseta 6. Semne de alarmă în gastrită și duodenită la copii**

- **Gastrită hemoragică:** hematemeză/melena; dureri epigastrice severe.
- **Gastrită cronică eozinofilică:** urticarie; edem angioneurotic;
- **Gastrita acută flegmonoasă:** stare toxică; abdomen acut; vomă cu puroi;
- **Gastrita Menetrier:** edeme; ascită; retard ponderal.

**C.2.3.3. Investigații paraclinice**

1. *Examenul endoscopic*, cu prelevarea biopsiilor din diferite regiuni ale mucoasei stomacului.
2. *Examenul histologic* constituie examinarea de bază pentru stabilirea diagnosticului (vezi tabelul 2), avînd o sensibilitate și specificitate de 100% [26, 30, 31].
3. *Teste neinvasive* (neendoscopice) și *invasive* (endoscopice), pentru aprecierea infecției cu HP [21].
4. *Radiografia stomacului cu dublu contrast* [24, 30, 31].

**Tabelul 3. Examinări de laborator pentru monitorizarea gastritei și duodenitei**

Examinarea paraclinică	Rezultatele scontate
<b>Testele biochimice</b>	- Albumina – ↓ (25 – 80 %); - Proteina generală – N, disproteinemie cu majorarea fracțiilor α <sub>2</sub> și γ - globulinelor; - ALT, AST – N, ↑; - Bilirubina – N, ↑; - Amilaza – N, ↑; - Ureea – N, ↑; - Creatinina – N, ↑; - Fierului seric – N, ↓; - Vitamina B 12 – N, ↓; - Transferina – N, ↓; - Acidul folic – N, ↓; - Timpul de coagulare – N, ↓; - Fibrinogenul – N, ↓; - Protrombina. – N, ↓.
<b>Grupa sanguină , Rh</b>	
<b>Hemoleucograma</b>	- Hemoglobina – ↓; - Leucocite – ↑, cu deviere spre stînga; - Eozinofile – ↑; - Limfocite – ↑; - VSH – ↑; - Reticulocite.
<b>Examenul coprologic</b>	- pH acid; - Resturi alimentare nedigerate.
<b>Examenul coproparazitologic</b>	- vizualizarea ouălor de helminți.
<b>Examinarea maselor fecale la sînge ocult</b>	



<b>Teste imunologice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- autoanticorpi anti-celule parietale gastrice.</li> <li>- proteina C-reactivă – ↑;</li> <li>- complexe imuno-circulante – N, ↑;</li> <li>- factorul reumatooid – N, ↑;</li> <li>- Ig E – N, ↑.</li> </ul>
--------------------------	---

**Tabelul 4. Examinările clinice și paraclinice în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească**

Investigația	AM spitalicească
Examen endoscopic	<b>O</b>
Examenul histologic	<b>R</b>
Examinarea HP	<b>O</b>
Radiografia stomacului cu dublu contrast	<b>R</b>
Radiografia panoramică abdominală	<b>R</b>
Examenul ecografic	<b>O</b>
Tomografia computerizată	<b>R</b>
Rezonanța magnetică nucleară	<b>R</b>
Hemoleucograma	<b>O</b>
Sumarul urinei	<b>O</b>
Examinarea maselor fecale la sînge ocult	<b>R</b>
Coprograma	<b>O</b>
Examenul coproparazitologic	<b>O</b>
Coprocultura	<b>R</b>
Albumina	<b>R</b>
Proteina generală	<b>R</b>
ALT, AST	<b>O</b>
Bilirubina	<b>O</b>
Amilaza	<b>O</b>
Ureea	<b>R</b>
Creatinina	<b>R</b>
Fierului seric	<b>R</b>
Timpul de coagulare	<b>R</b>
Transferina	<b>R</b>
Fibrinogen	<b>O</b>
Protrombina	<b>O</b>
Teste imunologice	<b>R</b>

**O – obligatoriu; R – recomandabil.**

#### **C.2.3.4. Diagnosticul diferențiat**

##### **Caseta 7. Diferențierea manifestărilor clinice din gastrită și duodenită la copii și alte patologii**

- **Dureri abdominale:** ulcer gastric sau duodenal; pancreatită; colecistită; hepatite cronice; boala Crohn; infestații intestinale.
- **Greață, vomă:** ulcer gastric sau duodenal; stenoza pilorică; pancreatită; colecistită.
- **Hematemeză:** ulcer gastric sau duodenal; perforația ulcerului; varice esofagiene.
- **Melena:** ulcer gastric sau duodenal; perforația ulcerului; hipertensiune portală; polip intestinal; diverticul Meckel.
- **Diaree:** sindromul intestinului iritabil; intoleranță alimentară; infestații intestinale.
- **Anorexie, deficit ponderal:** anorexie nervoasă, boala celiacă.

#### **C.2.4. Tratamentul**

##### **C.2.4.1. Tratamentul nemedicamentos**

##### **Caseta 8. Obiectivele regimului igienodietetic**

- **Gastrita acută și duodenita acută:** mese fracționate în 4-5 prize/zi; excluderea produselor și preparatelor, ce stimulează secreția gastrică; se recomandă alimente semilichide (terciuri pasate); asigurarea unui aport alimentar echilibrat; evitarea iritației mecanice și excitației chimice a mucoasei

stomacale.

- **Gastrita cronică și duodenita cronică:** restricțiile vizează doar puseele de acutizare; în gastrita cronică limfocitară este necesar de respectat regimul agliadinic.

#### C.2.4.2. Tratamentul medicamentos

##### Caseta 9. Obiectivele tratamentului medicamentos

- nu există terapie specifică, pentru tratamentul gastritei și duodenitei, cu excepția infecției cu HP [25];
- tratamentul infecției cu HP, conform *Recomandările Maastricht IV, 2010* [11, 24, 37];
- administrarea tratamentului medicamentos în funcție de agentul etiologic sau manifestările clinice:
  - **gastrita autoimună, atrofică:** glucocorticosteroizi.
  - **gastrita limfocitară:** regim fără gluten.
  - **gastrita alergică:** antihistaminice, glucocorticosteroizi.
  - **boala Menetrier:** IPP, iar în formele severe: gastroectomia subtotală sau totală.
  - **gastrita chimică cu AINS:** sistarea AINS, prostoglandine, IPP; antiacide;
  - **gastrita asociată cu o patologie sistemică:** tratamentul patologiei primare.

**Tabelul 5. Produsele alimentare permise și interzise în maladiile gastroduodenale**

Produse	Permise	Interzise
<b>Carne</b>	de vacă, vițel, pasăre, iepure de casă, fiartă, fără grăsime;	grasă, sărată, afumată, vînat mezeleri;
<b>Pește</b>	alb slab	gras, sărat, afumat, conserve
<b>Produse lactate și ouă</b>	lapte, smîntînă, frișcă, brînză proaspătă de vaci, ou fiert moale, omletă dietetică (în baie de apă);	brînzeturi fermentate, sărate, afumate, lapte bătut, iaurt, chefir;
<b>Cereale</b>	pesmeți de pîine albă, supe din crupe, terciuri pasate, griș, orez, fulgi de ovăz, paste făinoase, pîine (veche de o zi), cozonac uscat;	pîine moale, pîine prăjită, pîine neagră, ;
<b>Dulciuri</b>	lapte de pasăre, budinci de griș sau de orez, prăjituri de casă cu aluat uscat sau aluat fiert (ecler), gelatină de fructe, spumă de fructe, zahărul permis în cantitate mică;	marmeladă, dulceață, miere, ciocolată, cacao, aluat dospit, foietaje, prăjituri cu cremă;
<b>Zarzavaturi și legume</b>	fragede, cu celuloză moale: morcovi, dovlecei, spanac, salată verde, cartofi (fierți, copti, pireu, dar nu prăjiți);	crude, zarzavaturi fibroase, cu celuloză dură (castraveți, ridichi, sfeclă, varză albă, varză roșie, fasole uscată, mazăre uscată, ciuperci, vinete, roșii), legume picante (ceapă, usturoi, ardei iute);
<b>Fructe</b>	coapte sau fierte (mere, piersici, banane, prune), sucuri de fructe;	crude sau acre, fructele cu sîmburi (nucile, alunele, macul);
<b>Băuturi</b>	ceaiuri, apă minerală plată (neacidulată), sucuri crude de morcovi, piersici;	orice băutură foarte rece sau fierbinte, băuturi acidulate, cafea, alcool;
<b>Lipide</b>	unt proaspăt, ulei;	untură, slănină, maioneză;
<b>Condimente</b>	mărar, cimbru, pătrunjel, leuștean, foi de dafin	piper, ardei iute, hrean, muștar, dafin, oțet

##### Caseta 10. Preparatele medicamentoase recomandate în gastrită și/sau duodenită

###### Blocatorii RH2

<b>Ranitidina, (Ranisan, comp. film. 150 mg)</b>	• 2-4 mg/kgc/zi, <i>per os</i> , 2 prize; nu mai mult de 150 mg/zi. <i>Sau</i>
<b>Famotidina, (Famosan, comp. film., 20 mg, 40 mg)</b>	• 1-16 ani: 0,25 mg/kgc/zi, <i>i/v</i> , în 2 prize.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>viteza infuziei <i>i/v</i> să nu depășească 10mg/minut.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Sau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 3 luni: 0,5 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, 1 priză;</li> <li>3-12 luni: 0,5 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, în 2 prize;</li> <li>1-16 ani: 1-1,2 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, în 2 prize;</li> <li>doza maximală 40 mg/zi.</li> </ul>
<b>Inhibitorii pompei de protoni</b>	
Omeprazol, caps. 20mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,6-1,2 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, 2 prize;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>sau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5-10 kg: 5 mg, <i>per os</i>, 2 prize;</li> <li>10-20 kg: 10mg, <i>per os</i>, 2 prize;</li> <li>&gt; 20 kg: 20 mg, <i>per os</i>, 2 prize.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Sau</b></p>
Lanzoprazol, caps. 15mg, 30mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,7-2,0 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, 2 prize.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Sau</b></p>
Esomeprazol, caps. 40mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-11 ani: 10-20 mg, <i>per os</i>, 2 prize;</li> <li>12-17 ani: 20-40 mg, <i>per os</i>, 2 prize.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Sau</b></p>
Pantoprazol, (caps. Ulsepan 40mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;5 ani <ul style="list-style-type: none"> <li>siguranță și eficacitate n-a fost stabilită.</li> </ul> </li> <li>&gt;5 ani <ul style="list-style-type: none"> <li>15 - 40 kg: 20 mg, <i>per os</i>, 1 priză;</li> <li>&gt; 40 kg: 40 mg, <i>per os</i>, 1 priză.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Sau</b></p>
<b>Agentii de suprafață</b>	
Subcitratul de bismut, comp.120mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>3-6 ani: 5 ml (aproximativ 88 mg) sau 1/3 de comprimat, <i>per os</i>, 4 prize;</li> <li>6-9 ani: 10 ml (aproximativ 175 mg) sau 2/3 de pastilă, <i>per os</i>; 4 prize;</li> <li>&gt; 9 ani: 15 ml (262 mg) sau 1 tab (262 mg), <i>per os</i>, 4 prize.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Sau</b></p>
Sucralfat, comp. 1000 mg, granule 1000mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>40-80 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, 4 prize în tratamentul fazei acute, apoi câte 2 prize/zi în tratamentul de întreținere <b>sau</b></li> <li>0,5-1g, <i>per os</i>, 4 prize în tratamentul fazei acute, apoi câte 1 priză/zi în tratamentul de întreținere.</li> </ul>
<b>Prostaglandine</b>	
Mizoprostol, (Cytotec, comp. 0,2 mcg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>100-200 mg, <i>per os</i>, 3-4 prize, în timpul alimentațiilor, 4 săptămâni.</li> </ul>
<b>Antibacteriene</b>	
Claritromicina, comp. 250 mg, 500 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, în 2 prize, doza maximă: 500mg/zi.</li> </ul>
Amoxicilina, caps. 250 mg, 500 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;20 kg: 20 mg/kgc/zi <i>per os</i>, 2 prize;</li> <li>&gt;20 kg: 50 mg/kgc/zi <i>per os</i>, 2 prize, maximal 2-3g/zi.</li> </ul>
Metronidazol, tab. 250mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 – 20 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, în 2 prize.</li> </ul>
Tetraciclina, caps. 250mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>copii &gt; 8ani – 25- 50mg/kgc/zi, <i>per os</i>, în 4 prize, doza maximă 3g/zi.</li> </ul>
<b>Antiacide</b>	
<b>Hidroxid de aluminiu și hidroxid de magneziu</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>18 luni-10ani: 5 ml, <i>per os</i>, 4-6 prize;</li> <li>10-15ani: 10 - 15ml, <i>per os</i>, 4-6 prize.</li> </ul>	
<b>Simalgel – Hidroxid de aluminiu – 405mg, hidroxid de magneziu – 100mg, simeticonă – 125mg</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 10ani – 2,5-5ml, <i>per os</i>, 3-4 prize.</li> </ul>	
<b>Glucocorticosteroizi</b>	
Prednisolon, tab. 5mg, sol. 30mg/1ml	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-2mg/kg/zi, divizate în 3 prize.</li> </ul>
<b>Antihistaminice</b>	
Cetirizina, comp. 10 mg, pic.	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-6 ani: 5mg/zi (10 picături);</li> </ul>

buvab. 10mg/1ml, 10ml, 20ml	• >6 ani: 10mg/zi.
<b>Biopreparate</b>	
<b>Lacidofil</b>	<p><i>Compoziția:</i>                      1 capsulă conține: 2 mlrd. bacterii vii liofilizate                      Lactobacillus rhamnosus Rosell-11 <b>1,9 mlrd.</b>                      Lactobacillus acidophilus Rosell-52 <b>0,1 mlrd.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copii &gt;6 luni: 1 caps./zi;</li> <li>• copii &gt; 3 ani: 1 caps., 2-3 prize.</li> </ul>

**Caseta 11. Evaluarea eficacității tratamentului în gastrită și duodenită [31]**

- evaluarea eradicării se face cel puțin la 4 săptămâni după începerea tratamentului;
- eradicarea poate fi evaluată prin metode neinvazive;
- supravegherea va fi individualizată, în funcție de constatările în timpul endoscopiei;
- pentru pacienții cu gastrită atrofică și/sau displazie, endoscopia este recomandată după 6 luni.

**Caseta 12. Cauzele eșecului tratamentului în gastrită și duodenită**

- stilul de viață neadecvat; nerespectarea regimului alimentar; tratament medicamentos insuficient (tipul medicamentului, doză, tratament); temporizarea îndelungată a recomandării endoscopiei digestive superioare; existența unei complicații nediagnosticate; existența unor boli asociate netratate; părinți și/sau copii necooperanți.

**Caseta 13. Criteriile de spitalizare a copiilor cu gastrită și duodenită**

- **Tratamentul în staționar se recomandă:**
  - rezistență la tratament;
  - mai mult de 2 recidive pe an;
  - suspexie diagnostică, care nu poate fi precizată mai mult de 1 an;
  - dezvoltarea complicațiilor;
  - suspexie de hemoragie digestivă superioară.

**C.2.5. Supravegherea**

**Caseta 14. Supravegherea pacienților cu gastrită și duodenită**

☞ **Perioada de acutizare:**

- tratamentul copiilor cu gastrită și/sau duodenită în acutizare se va efectua la nivelul asistenței medicale specializate de ambulator sau în staționar;
- copilul va fi examinat 1 dată pe săptămână, medicul va evalua:
  - examenul clinic;
  - examen endoscopic la cel puțin 1 lună de la inițierea tratamentului.
- copilul poate frecventa instituțiile de învățământ, însă se va respecta regimul igienodietetic și eliberarea de la cultura fizică.
  - **1 an după acutizare:** trimestrial;
  - **Al 2-lea an după acutizare:** 1 dată la 6-12 luni;
  - **Al 3-lea an după acutizare:** 1 dată la 6-12 luni.

☞ **Se vor respecta următoarele recomandări:**

- respectarea regimului dietetic;
- examenul endoscopic anual la indicații;
- consultul altor specialiști la necesitate;

☞ **Perioada de supraveghere va dura 5ani, în funcție de frecvența acutizărilor.**

<b>Tabelul 6. Recomandările Maastricht IV, 2010 pentru eradicarea infecției cu HP [26, 27]</b>			
<b>Rezistența la HP</b>	<b>I linie de tratament</b>	<b>II linie de tratament</b>	<b>Terapia de rezervă după antibioticogramă</b>
Metronidazol<40% Claritromicină<17%	IPP +Claritromicină +Amoxicilină	Subcitrat de bismut + IPP + Metronidazol + Tetraciclină Subcitrat de bismut + IPP + Metronidazol + Amoxicilină	IPP + A moxicilină +Rifabutin IPP + A moxicilină + Levofloxacină IPP + Subcitrat de bismut + Tetraciclină
	IPP +Claritromicină +Metronidazol	Subcitrat de bismut + IPP + Claritromicină + Amoxicilină Subcitrat de bismut + IPP + Metronidazol + Amoxicilină	
	IPP +Amoxicilină +Metronidazol	Subcitrat de bismut + IPP + Metronidazol + Tetraciclină	
Metronidazol>40% Claritromicină<17%	IPP +Claritromicină +Amoxicilină	Subcitrat de bismut + IPP + Claritromicină + Tetraciclină Subcitrat de bismut + IPP + Metronidazol + Tetraciclină	
Metronidazol>40% Claritromicină>17%	Subcitrat de bismut + IPP + Claritromicină + Amoxicilină		
	Subcitrat de bismut + IPP + Metronidazol + Amoxicilină		
	Subcitrat de bismut + IPP + Claritromicină + Tetraciclină		
	Subcitrat de bismut + IPP + Metronidazol + Tetraciclină		
<p><b>Notă:</b> În prima linie de tratament, IPP pot fi înlocuiți cu RH2  <i>Eradicarea HP prevede administrarea timp de 7 zile a uneia din schemele terapeutice, ajustată de biopreparate, recomandate de Grupul European pentru studiul HP (EHPSG) – Consensul European Maastricht IV (2010) privind indicațiile și regimurile de tratament în infecția cu HP. Terapia de 7 zile se consideră mai rațională deoarece, terapia timp de 14 zile sporește vindecarea doar cu 5%, descrie un raport eficiență/reacții adverse, negativ și de cost/eficiență – fără avantaje. Trecerea de la prima linie de tratament, la a II-a linie se va face, în cazul răspunsului incomplet sau lipsa răspunsului la tratamentul de prima linie. Uneori prima linie prevede quadroterapie din start, în funcție de sensibilitatea Helicobacter pylori la Amoxicilină, Claritromicină și Metronidazol, iar în linia II se mai pot aplica formule triple de eradicare. IPP/RH2 se administrează timp de 4 săptămâni.</i></p>			

### C.2.6. Complicațiile

#### Caseta 15. Complicațiile gastritei și duodenitei

##### Gastrita și/sau duodenita acută:

- Gastrita și duodenita acută provocată de AINS [25]: hemoragii; eroziuni, și ulcere; fibroze.
- Gastrita acută cu HP [16]: 64,5% gastrită cronică; 77,8% ulcer gastroduodenal.
- Gastrita ulcero-hemoragică: hemoragii gastrice [25].
- Gastrita flegmonoasă: peritonită [25, 24]; deces [25].

##### Gastrita și/sau duodenita cronică:

- Ulcer gastroduodenal cu HP – 15-20%, din care [15]: UD – 90%; UG – 70-75%;
- Altele: limfom MALT – 1% [11]; cancer gastric – 1-3% [31]; polip gastric [30]; hipoclorhidrie sau aclorhidrie 25% [31]; anemie Biermer [30].

### D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<b>D.1. Secția consultativă pentru copii IMSP IMȘIC și secția gastroenterologie IMSP IMȘIC</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic gastroenterolog pediatru certificat;</li> <li>• medic pediatru certificat;</li> <li>• medic de laborator;</li> <li>• medic imagist;</li> <li>• medic funcționist;</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• acces la consultațiile calificate: chirurg, hematolog, neurolog.</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cântar pentru sugari;</li> <li>• cântar pentru copii mari;</li> <li>• panglica-centimetru;</li> <li>• fonendoscop;</li> <li>• laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarul urinei, masele fecale la sânge ocult, masele fecale la ouă de helminți, indicilor biochimici (proteina totală, glicemia, creatinina și ureea, AST, ALT, bilirubina și fracțiile ei), fierul, CIC;</li> <li>• teste pentru determinarea infecției cu HP;</li> <li>• fibrogastroskop;</li> <li>• cabinet radiologic;</li> <li>• cabinet de diagnostic funcțional;</li> <li>• tomograf computerizat;</li> <li>• rezonanța magnetică nucleară;</li> <li>• laborator radioizotopic;</li> <li>• laborator imunologic;</li> <li>• laborator virusologic;</li> <li>• laborator bacteriologic;</li> <li>• serviciul morfologic cu citologie.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPP (Omeprazol, Lansoprazol, Ulsepan);</li> <li>• RH2 (Ranitidină, Famotidină);</li> <li>• agenții de suprafață (Subcitratul de bismut, Sucralfat);</li> <li>• prostaglandine (Misoprostol);</li> <li>• glucocorticosteroizi (Prednisolon);</li> <li>• antibiotice (Claritromicina, Amoxicilina, Metronidazol);</li> <li>• antiacide (antiacide cu Al și Mg, Simalgel);</li> <li>• antihistaminice (Cetirizina);</li> <li>• blocați ai receptorilor beta (Propranolol, Atenolol);</li> <li>• biopreparate (Lacidofil).</li> </ul>

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Scopul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărătorul	Numitorul
1.	Depistarea precoce a pacienților cu gastrită și duodenită acută sau cronică	Ponderea pacienților cu diagnosticul stabilit de gastrită și duodenită acută sau cronică în prima lună de la apariția semnelor clinice	Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de gastrită și duodenită acută sau cronică în prima lună de la apariția semnelor clinice, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de gastrită și duodenită acută sau cronică, care se află sub supravegherea medicului de familie și specialist pe parcursul ultimului an.
2	Creșterea numărului de pacienți cu gastrită și duodenită acută sau cronică, cu diminuarea numărului de acutizări	Proporția pacienților cu diagnosticul de gastrită și duodenită acută sau cronică, cu remisie completă menținută conform recomandărilor protocolului clinic național „Gastrita și duodenita la copil”	Proporția pacienților cu diagnosticul de gastrită și duodenită acută sau cronică, cu remisie completă menținută conform recomandărilor protocolului clinic național „Gastrita și duodenita la copil” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de gastrită și duodenită acută sau cronică, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

## F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

1. Indicațiile (sau criteriile) de trimitere a pacientului cu gastrită și/sau duodenită

**Tabelul 1. Transferul în alte secții (transfer intern și transfer extern) a pacienților cu gastrită și/sau duodenită conform indicațiilor**

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Complicațiile gastritei și/sau duodenitei	Secția chirurgie septică, sau secția reanimare și terapie intensivă chirurgicală	Șef secție - Larisa Boiștean Nr.telefon: 523-782; 2-33, 5-48 Tatiana Pasicovchi Nr.telefon: 55-96-59; 5-43, 2-39
Agravarea stării pacientului cu gastrită și/sau duodenită	Secția de reanimare și terapie intensivă pediatrică	Șef secție – Ana Oglindă Nr.telefon:523-613;3-38,4-14
Abdomen acut sau alte stări chirurgicale urgente la pacienții cu gastrită și/sau duodenită	Secția chirurgie urgentă  Secția chirurgie septică	Șef secție: Mihai Seu Nr.telefon:55-96-58;5-63,6-19 Șef secție - Larisa Boiștean Nr.telefon: 523-782; 2-33, 5-48

### Procedura generală de transfer a pacientului:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile/patologia concomitentă/agravarea stării, parvenite la pacientul cu gastrită și/sau duodenită.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. Pacientul este obligatoriu consultat de șeful clinicii sau conferențiarul catedrei, responsabili de secția respectivă.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultant din secția respectivă și se i-a decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează directorul departamentului respectiv despre cazul respectiv.
6. Directorul departamentului respectiv invită consultant din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă Consiliul medical în componența: Directorul departamentului, șeful clinicii, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern - forma 003e; pentru transfer extern - f 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
9. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul IMSP IMȘIC.

## 2. Cerințele fata de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului și/sau a probelor de laborator

1. Pentru efectuarea investigațiilor în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul curant îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul poliței de asigurare (forma 027e).
2. Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care nu necesită prezența pacientului) materialul biologic va fi însoțit de forma standardă de întreprindere și transportat de către IMSP IMȘIC.
3. Pentru consultații în alte instituții, medicul curant argumentează necesitatea efectuării consultației în forma 003e. Consultația preventiv se coordonează prin șeful secției sau vice-director medical. Pacientul este însoțit de către personalul medical, care este responsabil de documentația medicală.

## 3. Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusiv întoarcerea în instituție la locul de observare sau investigare

1. În contract cu instituțiile subcontractate este menționat modalitatea de expediere și recepționare a rezultatelor.

## 4. Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul transferului la alt nivel de asistență medicală

1. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer extern sau intern). Transferul se efectuează cu acordul informat al pacientului.

## 5. Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere pentru evidenta ulterioară (de exemplu: după externarea din staționar etc.)

1. Extrasul (forma 027e) obligatoriu va include recomandări pentru pacient.

## Anexa 1. Ghidul pacientului cu gastrită și duodenită

Dacă un deceniu în urmă patologia digestivă a copiilor și adolescenților constituia o raritate, în prezent a devenit, din păcate, o realitate de fiecare zi, ceea ce alarmează medicii și părinții.

*Gastrita cronică reprezintă inflamația persistentă a mucoasei gastrice (mucoasa stomacului).*

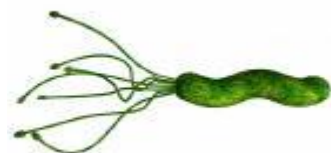
Gastrită, ulcer, reflux gastroesofagian, afecțiuni ale tractului biliar, toxiinfecție alimentară sau sindrom dispeptic funcțional? Este o întrebare destul de frecventă.

Orice durere epigastrică trebuie să aibă una dintre aceste cauze, din acest motiv să elucidăm ce constituie gastrita și/sau duodenita.

### *Din ce cauză apare gastroduodenita?*

Sunt mai multe cauze de apariție a gastritei sau duodenitei la copii:

- Bacteriile: helicobacter pylori, helicobacter heilmani;
- Virușii: citomegalovirus, herpes simplex;
- Medicamente: preparatele de fier, paracetamolul, ibuprofen;
- Alergiile alimentare;
- Substanțe chimice.



Însă cel mai frecvent este cauzată de helicobacter pylori. Este o bacterie, ce se înfîlnește foarte frecvent, cca 50% copii sunt infectați. Căile de transmitere a acestei bacterii sunt: mâinile murdare, obiecte, veselă, apă contaminată. Stomacul constituie locul preferabil a acestei bacterii, provocînd inițial gastrită, apoi ulcer, iar în 1-2% cazuri dezvoltă cancer gastric.

### *Cum se manifestă gastroduodenita?*

Debutul gastritei de obicei coincide cu admiterea la școală. Aceasta se explică prin schimbarea bruscă a regimului zilei, regimul alimentar, stres psiho-emoțional, supraîncărcare intelectuală. Însă nu se exclud cazuri de gastroduodenită și la preșcolari.

**Manifestările clinice:** dureri în regiunea stomacului, ombilicului ce apar frecvent după alimentație (mai ales prăjite, grase, fast food-uri), eructații cu aer, greață, vomă postprandială ce aduce ușurare, pirozis, pofta de mîncare scăzută, slăbiciune generală, vertij, hemoragii digestive (vomă, scaun cu sînge), bronșită spastică, alergii.

**NB:** Însă există și forme asimptomatice, copii sunt liniștiți sau manifestă tabloul clinic a patologiei asociate.

### **Cum se stabilește diagnoza de gastroduodenită?**

**Endoscopia digestivă superioară** va permite vizualizarea mucoasei esofagiene, a stomacului și a porțiunii inițiale a intestinului subțire (duoden) cu ajutorul unui instrument subțire, flexibil ce are o cameră de luat vederi în capăt, numit *endoscop*.

Această procedură se indică la: pacienții cu suspjecție de gastroduodenită; simptomele nu se ameliorează în urma tratamentului; simptomele scad în timpul tratamentului, dar reapar după întreruperea tratamentului.



În timpul endoscopiei se pot realiza *biopsii* (adică prelevarea unui fragment mic de țesut pentru analiza microscopică) pentru efectuarea testelor la *Helicobacter pylori*. Cum am vorbit mai sus o bacterie Gram negativ, spiralată, flagelată ce cauzează ulcere peptice (leziuni erozive la nivelul stomacului sau intestinului subțire).

**Examinarea infecției cu HP:**

- Examinarea HP pe culturi - „standardul de aur” pentru diagnostic, oferă posibilitatea de a aprecia sensibilitatea la antibiotice.
- Examinarea maselor fecale pentru antigenii HP – util pentru controlul eradicării.
- Serodiagnosticul – determinarea anticorpilor de tipul Ig G împotriva HP prin colectarea sîngelui. Este rapid, ușor și ieftin, poate evita endoscopia, dar nu determină stadiul infecției.

**Analiza generală a sîngelui** ne oferă informație despre evoluția bolii și uneori geneza (anemii, limfocitoză, VSH accelerat).

**Ecografia organelor interne** pentru diagnosticul stărilor patologice asociate.

**Examinarea maselor fecale la sînge ocult** în caz de sîngerări a intestinului.

**Examenul coproparazitologic** pentru excluderea infestațiilor intestinale.

**Tratamentul gastroduodenitei. Cu ce putem să ne ajutăm copii?**

Tratamentul copiilor cu gastroduodenită, în primul rînd, prevede schimbarea stilului de viață a copilului, care prevede respectarea unor norme igienodietetice și tratament medicamentos conform recomandărilor medicului.

**Ce mîncă și cum mîncă copii cu gastroduodenită?**

*Mesele* trebuie fracționate în 4-5 prize/zi.

Evitați alimentele care sporesc aciditatea gastrică, cum ar fi: băuturi răcoritoare care conțin cofeină; ciocolata și menta; alimente picante, de genul pizza etc.; alimente prăjite sau grase; fructe și legume cu gust acid, ca portocale și roșii; evitarea alimentației cu 2-3 ore înainte de culcare; produse greu tolerate: lapte, suc de struguri, smîntîna; limitarea consumului de ceai, cafea, sare.

**Tratament medicamentos.** Gastrita cu HP necesită administrarea tratamentului medicamentos. Sînt mai multe tipuri de medicamente ce se folosesc pentru tratarea gastroduodenitei, scopul lor este eradicarea agentului infecțios, protejarea mucoasei stomacale.

Important este faptul că orice durere abdominală trebuie tratată la timp, medicul va indica medicamentele necesare pentru tratarea gastroduodenitei.

Dintre acestea fac parte: inhibitorii pompei de protoni; RH2; antibiotice; antiacidele.

Doar medicul este sursa de baza de la care vă puteți informa în legătură cu modul în care să folosiți medicamentele pentru gastroduodenită.

**Succese!!!**

**BIBLIOGRAFIE**

1. Agnès Labigne. Ulceres et cancers gastrique, les consequens d une longue cahabitation avec Helicobacter pilory. Unité de Pathogénie Bactérienne des Muqueuses. 4 Décembre 2007. Institut Pasteur – Paris.
2. Clasificația Internațională a Maladiilor, revizia a X-a, București, 1993, vol. 1, 1086p.
3. ColonHelp. Gastrita. 21 Iulie 2009
4. Das JC. Paul N. Indian J Pediatr 2007: 74-287-290.
5. De Korwin JD. Avantages et inconvenients des differentes methodes diagnostiques de l infection H Pylori. Gastroenterol Clin Biol 2003;27:380-90.
6. Delchier JC. Les lesions pre-cancereuses gastriques: quelle prevention? Gastroenterol Clin Biol 2004;28(5):172-7.
7. Drogul – pericol pentru toți!. Politia română, 2009.
8. Gao L, Weck MN, Nieters A, Brenner H. Inverse association between a pro-inflammatory genetic profile and Helicobacter pylori seropositivity among patients with chronic atrophic gastritis: Enhanced elimination of the infection during disease progression?. *Eur J Cancer*. May 7 2009
9. Gary D. Vogin, MD.H. pylori Vaccine Approved as an Investigational New Drug, 2003.
10. Helicobacter Pylori dans les pays en voie de developpement. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines, 2007.