

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА
И.П.ПАВЛОВА»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры ФГБОУ ВО
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

кафедра педиатрии

(наименование кафедры)

« 20 » апреля 2022 г., протокол №7
заведующий кафедрой

д.м.н. профессор Смирнова Н.Н.

(ФИО заведующего кафедрой)

Методические указания для ординатора

по

педиатрии

(наименование дисциплины)

для
направления
подготовки

31.08.19 Педиатрия

(наименование и код специальности)

факультет/
отделение
(при наличии)

(наименование факультета)

кафедра

педиатрии

(наименование кафедры)

1. Тема: «Хронические гастродуодениты у детей»

Продолжительность темы 4 часа

1.1. Цели занятия - в результате практического занятия изучения дисциплины клинический ординатор должен:

ЗНАТЬ:

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения;
- основы организации и основные направления диагностической, лечебной деятельности врача педиатра;
- методы проведения неотложных мероприятий при госпитализации больных детей и подростков в приемное отделение и стационар;
- правила ведения медицинской карты стационарного больного - истории болезни;
- АФО пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки;
- определение, этиологию, патогенез, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, прогноз и исход, профилактику хронических гастродуоденитов у детей;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения гастродуоденитов и проводимой терапии у детей, подростков;
- современные методы клинико-иммунологической, лабораторной и инструментальной диагностики гастродуоденитов у детей и подростков;
- программу лечения (режим, диета, этиопатогенетическая терапия) гастродуоденитов, эрадикационные схемы Hр-инфекции;
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств для лечения гастродуоденитов;

УМЕТЬ:

- собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам;
- интерпретировать результаты обследования (ЭФГДС, рН-метрии, дыхательный тест, реакции ПЦР на Hр, биопсийный уреазный тест), поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления в профильное учреждение;
- разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- вести медицинскую документацию различного характера в детских стационарных учреждениях;

ВЛАДЕТЬ:

- методами обследования здоровых и больных детей и подростков;
- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения (приемное отделение и стационар педиатрического профиля);
- оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп;

- интерпретацией результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей и подростков;
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным детям и подросткам;
- алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям и подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- алгоритмом выполнения адекватных диагностических и лечебных мероприятий при оказании педиатрической помощи больным на госпитальном этапе;
- алгоритмом выполнения профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний детского населения.

ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:

- о методике проведения компьютерной томографии органов желудочно-кишечного тракта.

2. Учебное время: 4 часа.

3. Требования к результатам освоения

Код компетенции	Содержание компетенции	Индикаторы достижения компетенции	Оценочные средства
УК-1	– способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий	ИД-1 Знать физико-химическую сущность процессов, происходящих в живом организме на молекулярном, клеточном, тканевом и органном уровнях. Уметь интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной диагностики.	Контрольные вопросы, тестовые задания
		ИД-2 Знать основы техники безопасности правила техники безопасности и работы в физических, химических, биологических лабораториях с реактивами, приборами, животными. Уметь пользоваться физическим, химическим и биологическим оборудованием, работать с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами).	Контрольные вопросы, тестовые задания
УК-6	- способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни	ИД-1 Знать строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни. Уметь давать гистофизиологическую оценку состояния различных клеточных, тканевых и органных структур.	Контрольные вопросы, тестовые задания

		ИД-2 Знать функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и патологии. Уметь пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности.	Контрольные вопросы, тестовые задания
ОПК-5	- способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИД-1 Знать строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни. Уметь объяснить характер отклонений в ходе развития, которые могут привести к формированию вариантов аномалий и пороков.	Контрольные вопросы, тестовые задания
		ИД-2 Знать основные закономерности развития и жизнедеятельности организма на основе структурной организации клеток, тканей и органов; гистофункциональные особенности тканевых элементов; методы их исследования. Уметь объяснить характер отклонений в ходе развития, которые могут привести к формированию вариантов аномалий и пороков	Контрольные вопросы, тестовые задания
ОПК-10	- способен решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности	ИД-1 Знать функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и патологии. Уметь пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности.	Контрольные вопросы, тестовые задания

4. План и методика проведения занятия.

1. Вступительное слово преподавателя с освещением цели занятия и его содержания -10 минут.
2. Контроль базисных и исходного уровня знаний (решение тестовых заданий) -15 минут.
3. Рассмотрение основных учебных вопросов, подлежащих изучению на практическом занятии – 40 минут:

- АФО пищевода, желудка и 12-перстной кишки;
 - Охарактеризуйте особенности приобретенных заболеваний желудка и 12-перстной кишки;
 - Этиология, патогенез, классификация хронических гастродуоденитов у детей;
 - Назовите классификацию болезней желудка и 12-перстной кишки;
 - Опишите клинику хронического гастродуоденита;
 - Методы исследования функциональных нарушений и заболеваний желудка;
 - Внутрижелудочковая рН-метрия, определение кислотообразующей и ощелачивающей функций;
 - Диагностика Нр-инфекции: инвазивные методы (гистологический, бактериологический, биохимический - уреазный тест); неинвазивные методы (серологический, ПЦР, дыхательный тест);
 - Критерии постановки диагноза хронического гастродуоденита;
 - Дифференциальный диагноз гастродуоденитов с другими заболеваниями пищеварительного тракта;
 - Принципы терапии, профилактики и диспансерного наблюдения пациентов с хроническим гастритом и гастродуоденитом.
4. Обходы преподавателя больных со студентами – 15 минут.
 5. Разбор 2-3 тематических больных. Особое внимание обращается на жалобы, данные анамнеза, объективный статус, клинико-лабораторное обследование – 20 минут.
 6. Самостоятельная работа студентов:
 - курирование больных – 25 минут.
 7. Итоговый контроль уровня знаний студентов (решение ситуационных задач) – 40 минут.
 8. Заключение - 10 минут.
 9. Задание студентам на подготовку к следующему занятию - 5 минут

Аннотация

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ (ХГД) – хроническое воспалительное заболевание преимущественно антрального отдела желудка и 12 п.к., сопровождающееся нарушением регенерации слизистой оболочки желудка, расстройствами пищеварения и моторики.

Хронический гастрит – хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой (подслизистой) оболочки желудка с нарушением процессов регенерации, склонностью к прогрессированию, развитию атрофии и секреторной недостаточности, сопровождающееся нарушениями пищеварения и обмена веществ.

Эпидемиология. ХГД самая частая патология органов пищеварения и составляет 80% от всех заболеваний желудочно-кишечного тракта. Частота ХГД (гастрита) у школьников составляет 4-20%. Хронический гастрит, как и дуоденит в изолированном виде встречается редко – у 10-15% детей.

Факторы риска ХГД: раннее искусственное вскармливание, неполноценное по составу и нерегулярное питание, злоупотребление острой или горячей пищей, плохое пережевывание пищи, наследственная предрасположенность.

Этиология. Причины вызывающие ХГД: инфекции (хеликобактерии), нарушения питания, заболевания других органов системы пищеварения, эндокринная патология.

Выделяют экзогенные и эндогенные этиологические факторы ХГД. К экзогенным факторам относят: нарушение питания, длительный прием медикаментов, инфекции (хеликобактерии). Хеликобактерная инфекция (НР) принимает участие в развитии ХГД в более чем в 70% случаев. НР при поверхностных поражениях слизистой оболочки желудка и 12 п.к. выявляется у 30-80% детей, а при эрозивно-язвенных процессах - у 90-100%.

К эндогенным факторам причисляют: заболевания других органов системы пищеварения, эндокринную патологию, нарушения ЦНС, заболевания обмена веществ. На долю аутоиммунного гастрита приходится 40% всех случаев заболеваний у детей.

Патогенез ХГД предусматривает воздействие алиментарного, кислотно-пептического, аллергического, аутоиммунного и наследственных факторов. Перечисленные факторы, оказывая повреждающее воздействие на слизистую оболочку желудка, подготавливают условия для присоединения НР – основного этиологического момента в развитии ХГД.

НР обладает уникальной способностью проникать через защитные барьеры слизистой оболочки путем продуцирования уреазы. Вокруг бактерий создается защитная щелочная оболочка, в результате чего НР проникают в крипты и железы слизистой оболочки желудка. Считают, что НР не только вызывает классический антральный гастрит, но и запускает аутоиммунные механизмы патогенеза гастрита.

НР вызывает следующую цепочку патологических изменений в слизистой оболочке: воспаление → атрофия → дисплазия → MALT-лимфома (мальтома) или рак.

Помимо аутоиммунных механизмов в развитии ХГД принимают участие и другие компоненты иммунной системы. Происходит увеличение синтеза некоторых антител, активация Т-лимфоцитов, продукция γ -интерферона, цитокинов, белков теплового шока и др.

Результатом развившегося воспалительного процесса является нарушение секреторно- и кислотообразования, выработки слизи, повреждение эпителия, микроциркуляторные расстройства.

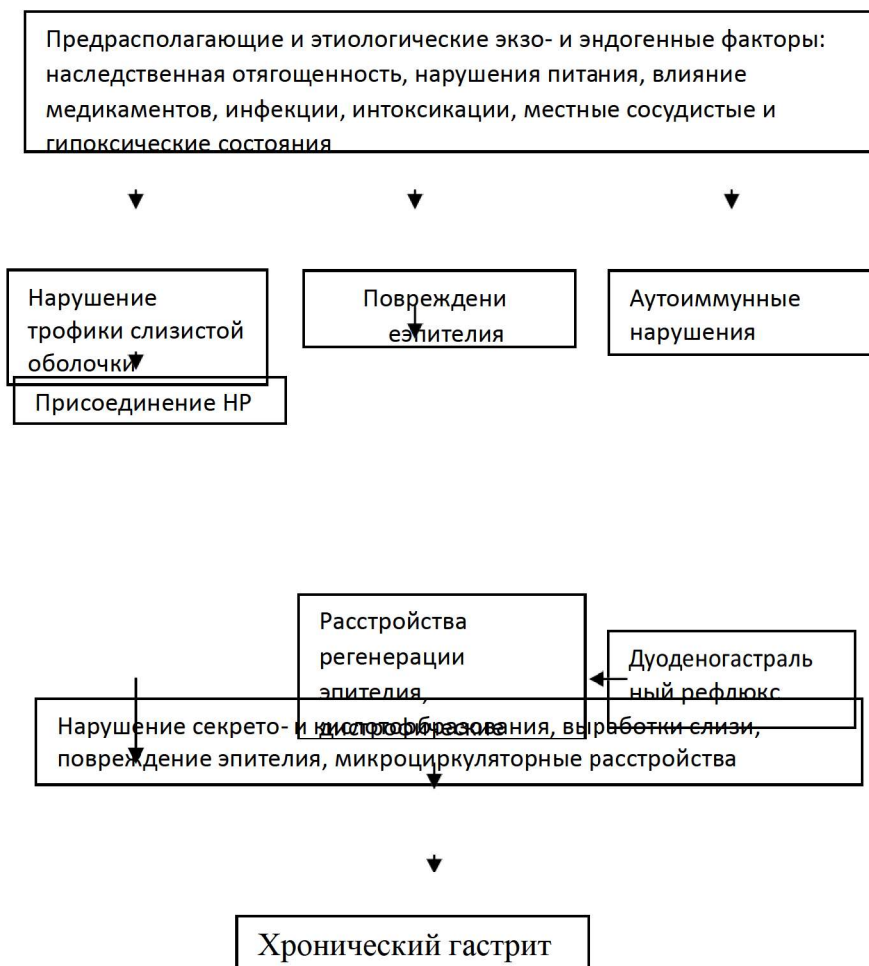


Рис. 1.27. Схема патогенеза ХГД

Классификация хронического гастрита, дуоденита, гастродуоденита у детей (2001г)

1. По происхождению: **А) первичный (экзогенный):**
 2. Этиологические факторы: 1) инфекционный (*H. Pylori* (НР), другие бактерии, вирусы, грибы); 2) токсический (реактивный): этиологические факторы – химический, радиационный, лекарственный, алкогольный, никотиновый, стрессовые состояния.
 3. Топография: гастрит (антральный, фундальный, пангастрит); дуоденит (бульбит, постбульбарный гастродуоденит); гастродуоденит.
 4. Формы поражения желудка и 12-перстной кишки.
- По характеру эндоскопической картины: а) эритематозный/ экссудативный, б) нодулярный, в) с эрозиями (с плоскими или приподнятыми эрозиями), г) геморрагический, д) с атрофией, е) смешанный.
5. По характеру морфологических изменений в слизистой оболочке желудка: а) поверхностный, б) диффузный. По характеру поражения: 1) с оценкой степени: воспаления, активности, атрофии, кишечной метаплазии, *H. pylori*. Без оценки степени: субатрофия, специфические, неспецифические.
 6. Характер кислотной продукции желудка*: а) неизменная, б) пониженная, в) повышенная.
 7. По периодам заболевания: 1) обострение, 2) период неполной ремиссии, 3) полная клиническая ремиссия, 4) клинко-эндоскопическая ремиссия, 5) клинко-эндоскопически-морфологическая ремиссия.
 8. **В) вторичный (эндогенный):**
 9. Этиологические факторы: аллергия, болезнь Крона, гранулематоз, целиакия, при системных заболеваниях, саркоидоз.
 10. Формы поражения желудка и 12-перстной кишки.

Морфологически:

Степени тяжести: норма (0), слабая (1+), средняя (2+), сильная (3+).

* Исследование кислотообразующей функции желудка потеряло быстрое диагностическое значение

Классификация хронического гастрита (Сидней, 1990)

I. Морфологический.

1. Эндоскопическая характеристика:

а) эритематозный (поверхностный), эрозивный, геморрагический; б) атрофический (умеренный, выраженный);

2. Гистологическая характеристика:

а) воспаление с эрозиями, кровоизлияниями; б) атрофический (умеренный, выраженный);

в) нарушение клеточного образования – метаплазия эпителия.

II. Этиологический: 1. Связанный с желудочным хеликобактером (тип В); 2. Аутоиммунный (тип А); 3. Реактивный (тип С) *.

III. Топографический: антральный; фундальный; пангастрит.

IV. Активность: отсутствует; умеренная; выраженная.

* Под гастритом С понимают рефлюкс дуоденального содержимого. Иногда выделяют смешанный тип гастрита - присоединение аутоиммунных поражений к бактериальному гастриту.

Исследования: общий анализ крови и мочи, протеинограмма, билирубин крови, амилаза мочи, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости.

По показаниям: анализ кала на скрытую кровь, исследования на хеликобактер, анализ желудочного сока, ЭКГ, рентгенография желудка, гистология и цитология биоптата.

Исследования амбулаторно, приказ МЗ РФ № 248: измерение АД, ФГДС, общий анализ крови, исследование на НР. По показаниям: биопсия слизистой желудка и 12 перстной кишки, кал на скрытую кровь, рентгеноскопия желудка и 12 перстной кишки, рН-метрия, УЗИ желчного пузыря и поджелудочной железы.

Анамнез, клиника. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на: характер болей, их локализацию, связь с приемом пищи, временем суток; наличие и характер диспептических проявлений.

Проявления ХГД состоят из болевого, диспептического, астеновегетативного синдромов. Боли при ХГД могут быть постоянными или периодическими. Боли локализуются в эпигастральной или пилородуоденальной области. В некоторых случаях боли возникают ночью или натощак, уменьшаются после приема пищи или антисекреторных препаратов. Боли в животе или слабые или средней интенсивности, чаще связаны с приемом пищи.

Диспептические проявления при ХГД представлены: тошнотой, изжогой, тяжестью в эпигастрии, отрыжкой, изжогой, неприятным вкусом во рту, урчанием, переливанием жидкости в животе, метеоризмом, запорами или неустойчивым стулом.

Многие дети с ХГД предъявляют жалобы вегетативного характера: головные боли, повышенную потливость, тахикардию, одышку, нарушение аппетита, и др. Характер вегетативных проявлений зависит от типа вегетативных нарушений.

При объективном обследовании выявляют: боли в эпигастральной области, положительный симптом Менделя, наличие сопутствующих проявлений патологии желудочно-кишечного тракта и вегетативной нервной системы. У детей с ХГД имеет место бледность кожных покровов, повышенная потливость, сухость и обложенность языка белым налетом.

Диагноз ХГД клиничко-инструментальный. Клинические проявления ХГД при постановке диагноза имеют ориентировочное значение.

Лабораторные исследования

Изменения банальных лабораторных показателей не характерны при ХГД.

ФГДС позволяет определить степень гиперплазии или атрофии слизистой оболочки, обнаружить воспалительные изменения (отек, гиперемия, повышение продукции слизи и жидкости, различные варианты рефлюксов), уточнить фазу заболевания,

эффективность лечения. Основным методом диагностики ХГД - прижизненная гастробиопсия, которая помогает установить форму заболевания (поверхностный ГД, с поражением желез без атрофии или с атрофией, степень и тяжесть процесса, его динамику, выявить этиологию заболевания).

Исследование функционального состояния желудка с помощью фракционного исследования желудочного содержимого, внутрижелудочной рН-метрии позволяет судить о кислотообразующей и кислотонейтрализующей функциях желудка.

Диагностическая ценность методов исследования НР. Выделение культуры НР – чувствительность метода 33-97%, специфичность – 100%. Гистологический метод – чувствительность – 86-99%, специфичность – 86-100%. Обнаружение НР в слюне (метод ИФА) - чувствительность – 66%, специфичность – 98%. Уреазный тест - чувствительность – 65%, специфичность – 75-100%.

Подходы к определению степени тяжести ХГД. Для этой цели используют только морфологические критерии. 1. Воспаление - количество воспалительных клеток в слизистой оболочке желудка. 2. Атрофия – утрата клеточных желез (вне зависимости от выраженности воспаления). 3. Кишечная метаплазия – не всегда признак предракового состояния. 4. Активность воспаления – степень нейтрофильной инфильтрации собственной пластинки и межэпителиальных пространств слизистой оболочки желудка. 5. Степень обсемененности ИП в гистопреparate при его окраске по Граму или Гимзе.

Дифференциальный диагноз ХГД проводят с: функциональной диспепсией, эзофагитами, язвенной болезнью, холепатиями, панкреатитами. Основой дифференциальной диагностики являются дополнительные исследования. При наличии клинических проявлений, указывающих на заболевание желудка (боли, чувство переполнения в подложечной области, тошноту, и т.д.) и при отсутствии признаков органических заболеваний (по данным ФГДС, биопсии) устанавливается диагноз функциональной диспепсии. См. также табл. 1.45.

Лечение. Задачи лечения: эрадикация инфекции, восстановление слизистой оболочки желудка, нормализация функционального состояния клеток слизистой оболочки, ликвидация нарушений пищеварения и моторики, предупреждение прогрессирования заболевания, лечение сопутствующих поражений ЖКТ.

Схема лечения. Обязательные мероприятия: эрадикация хеликобактера (при его наличии), подавление повышенной кислотности желудочного содержимого, коррекция болевого синдрома (при наличии).

Вспомогательное лечение: диета, восстановление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, прокинетики, ферменты, миоспазмолитики, коррекция вегетативных нарушений, прием минеральных вод, физиотерапия.

Показания к госпитализации: впервые выявленная патология ЖКТ, сочетанный характер заболевания, выраженность болевого и диспептического синдромов, отсутствие эффекта от амбулаторного лечения, невозможность проведения обследования и лечения в амбулаторных условиях.

Лечение ХГД с **секреторной недостаточностью** включает применение диеты в стадии обострения. Стол №1 назначается на 1-2 недели. Затем постепенно переходят к столу

№ 2 (сокогонный стол, который назначают на 2 месяца). Важно соблюдать регулярность питания, тщательность прожевывания пищи. Строгое соблюдение диеты не обязательно.

Заместительная терапия включает натуральный желудочный сок, плантаглоцид в течение 3-4 недель, абомин в течение 3-4 недель, 1% раствор соляной кислоты с пепсином на протяжении 1 месяца, ферменты (прил. 1) в течение 3-4 недель.

Для улучшения трофических и регенераторных процессов рекомендуют назначать: липоевую кислоту 0,5% раствор по 1-2 мл, пантотенат кальция по 2 мл 10-20% раствора, ККБ по 50 мг, рибофлавина мононуклеотида по 1мл 1% раствора курсами по

7 дней, витамин U 0,05г 2 раза в день на протяжении 7 дней. Фитотерапия включает сок подорожника, облепиховое масло, настои трав трилистника, тысячелистника, мяты, ромашки, курсами по 30-60 дней.

В качестве средств симптоматической терапии при гастрите с **повышенной кислотообразующей функцией** показаны: антациды и адсорбенты (викалин, викаир, ротер, альмагель, фосфалюгель, маалокс, сукральфат). Курсы лечения этими препаратами от 2 до 6 недель. Антациды не рекомендуют применять совместно с другими препаратами (возможно нарушение их абсорбции и повреждение защитной оболочки).

Антисекреторные средства: атропин (7-10 дней), платифиллин (2 недели), метацин (2 недели); блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов (рапитидин, фамотидин, заптак, ранисан). Курс лечения этими препаратами составляет 4-6 недель. Во избежание синдрома отмены эти препараты необходимо отменять постепенно.

Ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопризол, рабепразол и др.) при лечении ХГД назначают по 1 мг/кг. Основное показание для применения блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов и ингибиторов протонной помпы – высокая кислотообразующая функция желудка. Омепразол не применяют вместе с другими антисекреторными препаратами из-за повышения риска возникновения инфекций пищеварительного тракта.

При наличии симптомов, связанных с нарушением моторики желудка и/или повышенной чувствительности желудка к растяжению, чувстве быстрого насыщения, переполнения, вздутия и тяжести в эпигастральной области показаны прокинетики (метоклопрамид по 10 мг 3 раза в день за 20 минут до еды).

Показаниями для применения прокинетиков (метоклопрамид, мотилиум) также являются: дуоденостаз, дуоденогастральный рефлюкс, гастростаз.

В качестве цитопротекторов назначают: биогастрон, ликвиритон (3-4 недели), оксиферрискарбон (20-30 дней), сукральфат, облепиховое масло (30-40 дней), солкосерил.

При болях показаны спазмолитики – Дюспаталин, папаверин, дротаверин, платифиллин, атропин, метацин. При выявлении изменений вегетативного статуса по ваготоническому типу применяют: беллатаминал, белласпон, в сочетании со стимуляторами ЦНС растительного происхождения (элеутерококк, женьшень, плоды лимонника). При выявлении симпатотонии назначают: валериану, триоксазин, феназепам, нозепам, диазепам.

Минеральные воды (Ессентуки №4 и № 17, Арзни, Боржоми, Славяновская и др.) по 100-150 мл курсами по 30-40 дней, 2-3 курса в течение года.

Физиолечение: при упорном болевом синдроме рекомендуют ультразвук (8-10 процедур) и гелий-неоновый лазер на эпигастрий (4-5 сеансов), КВЧ. В фазу стихания процесса используют: электросон (12-15 процедур), эндоназальный электрофорез с тиаминном, электрофорез с новокаином, платифиллином, кальцием, цинком на область эпигастрия (курс 10-12 процедур). Начиная со 2-й недели обострения показаны: синусоидальные модулированные токи, ДМВ-терапия. В стадию стихания обострения назначают: аппликации озокерита, торфа, гальваногрязевые процедуры.

Антихеликобактерная терапия. Показаниями к назначению антихеликобактерной терапии являются: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки независимо от фазы заболевания, НР-ассоциированный гастрит, атрофический гастрит, наличие инфицированных *H. Pylori* прямых родственников, а так же в некоторых случаях при наличии функциональной диспепсии (эффективность такого лечения пока не доказана). Схемы лечения НР при ХГД представлены в табл. 1.57. После эрадикационного лечения воспалительные изменения в слизистой оболочке исчезают в течение 2-6 месяцев.

Эффективность эрадикационной терапии можно повысить добавлением в лечение энтеросорбентов (СУМС, альгисорб и др.), иммуномодуляторов (деринат, виферон и др.). В период проведения эрадикационной терапии на срок не менее 4 недель возможно назначить пробиотики (бифидумбактерин форте, линекс, хилак форте и др.).

Табл. 1.59. Схемы лечения хеликобактерной инфекции (Формулярная система, выпуск IX, 2008)

Терапия первой линии	
1. Омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол + Кларитромицин Метронидазол	2. Омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол (все 2 раза в сутки)+ Амоксициллин 2 раза в сутки) Кларитромицин (2 раза в сутки)
Квадротерапия (терапия второй линии)	
1. Омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол (все препараты 2 раза в сутки) + субцитрат/субсалицилат висмута (4 раза в сутки) + метронидазол (3 раза в сутки) + тетрациклин (4 раза в сутки)	

* терапию первой линии проводят сразу после установления диагноза ЯБ независимо от периода болезни (обострение, ремиссия) и осложнений. Продолжительность курса лечения 7-14 дней (14-ти дневный курс более предпочтительнее).

Профилактика. Рациональное питание, соблюдение требований гигиены, нормализация режима труда и отдыха, предупреждение обострений заболевания, своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракт

5. Рекомендуемая литература:

Основная:

- Шабалов, Н.П. Детские болезни [Текст]: учеб. для вузов в 2-х томах / Н.П. Шабалов. – 7-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2012 г.
- Педиатрия. Национальное руководство: в 2 томах – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, том 1–1024 с., том 2 – 1023 с.

Дополнительная:

- Детские болезни: учебное пособие с комп. - диском / под ред. А.А. Баранова. 2-е изд. – М., 2007 – 1008 с.
- Справочник педиатра: учебное пособие / под ред. В.О. Быкова, А.С. Калмыковой. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 573 с.

- Детская гастроэнтерология: рук. / Т. Г. Авдеева, Ю. В.Рябухин, Л. П. Парменова[и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
- Детская гастроэнтерология: рук. для врачей / под ред. Н. П. Шабалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. -760 с.
- Детская гастроэнтерология: рук. для врачей / под ред. Н. П. Шабалова. - М. :МЕДпресс-информ, 2011. - 736 с.
- Щербаков, П. Л. Болезни органов пищеварения у детей при хеликобактериозе:рук. / П. Л. Щербаков, А. А.Корсунский, В. А. Исаков. - М. : МИА, 2011. - 224 с.

6. Вопросы для самоподготовки

- Определение хронического гастродуоденита у детей
- Этиология и патогенез ХГД у детей
- Классификация ХГД у детей
- Клиника и диагностика ХГД у детей
- Лечение и профилактика ХГД