

Захворювання стравоходу та шлунку у дітей

Доцент Несіна І.М.

***Полтавський державний
медичний університет***

кафедра педіатрії №2

План лекції

- 1. Вступ. Актуальність проблеми.
- 2. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей. Фізіологічний і патологічний рефлюкси. Етіологічні фактори. Діагностика. Принципи терапії.
- 3. Функціональна диспепсія. Класифікація. Критерії діагностики. Принципи терапії.
- 4. Хронічний гастрит. Класифікація. Критерії діагностики. Принципи терапії.
- 5. Хронічний дуоденіт у дітей. Класифікація. Критерії діагностики. Принципи терапії.

Розпосюдженість ФР Україна



*В структурі
гастроентерологічних
захворювань перше місце
належить захворюванням
верхніх відділів ШКТ – **49,1%**
від всієї патології органів
травлення*

*У всьому світі, в тому числі і в
високорозвинених країнах,
патологія органів травлення
займає одну з лідируючих позицій в
структурі дитячої соматичної
захворюваності. Поширеність
зазначених порушень в Україні
сьогодні становить 144,92
випадків на 1 тис. дітей і
характеризується тенденцією до
зростання.*

актуальність

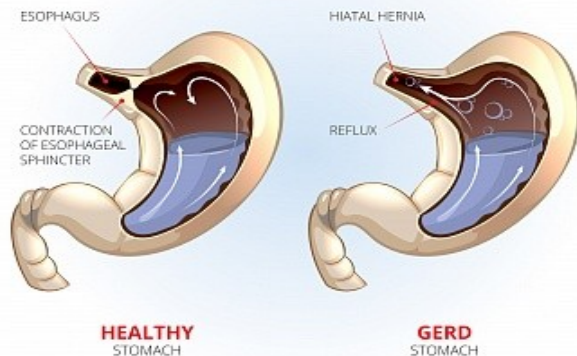
- Тісний зв'язок органів шлунково-кишкового тракту часто викликає труднощі диференціальної діагностики того або іншого захворювання, особливо якщо лікарю не вдається знайти ознаки органічної патології і медичний висновок зводиться до констатації функціональних порушень.



(С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина, А. И. Хавкин, 2015)

- Поширеність диспепсичних розладів у дорослих і дітей є досить високою - від **20 до 50%**, з них **30-50%** випадків припадає на функціональну диспепсію

(А.И. Хавкин, Н.С. Жихарева, 2015)



ГЕРХ : Україна

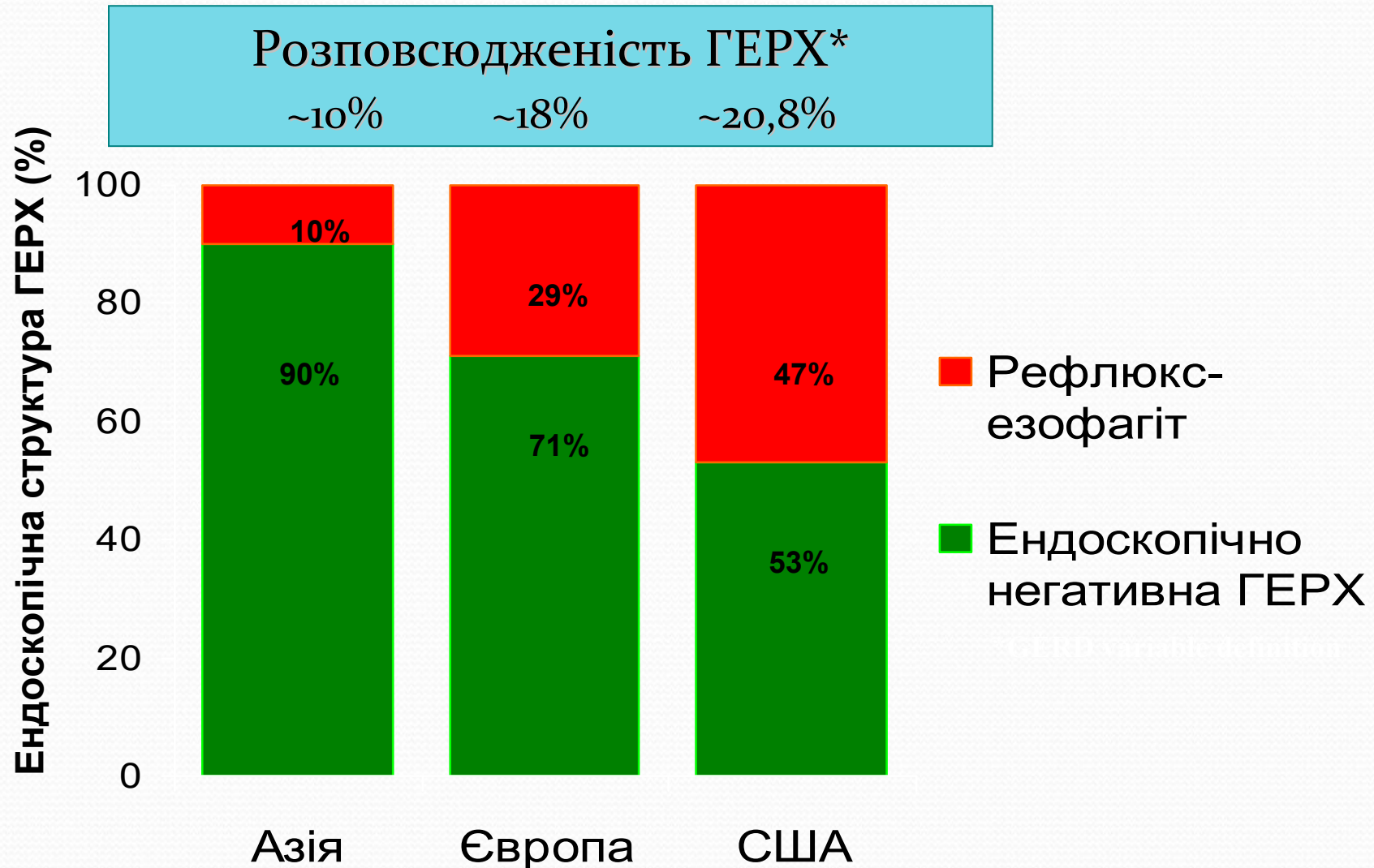
- *Одиничні епідеміологічні дослідження, які проводились в Україні є свідченням того, що в організованій популяції дорослого населення на основі скарг поширеність ГЕРХ складає 30 % : 25,1 % – у чоловіків, 39,1 % – у жінок. (Харченко Н.В., Ткач С.М., 2013;Звягинцева Т.Д.,2016)*
- *Розповсюдженість ГЕРХ в дитячій популяції складає 1,25-3,3%*

Кислотозалежні захворювання у дітей

- Функціональна диспепсія (ФД)
- Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ);
- Хронічний гастрит (ХГ);
- Хронічний дуоденіт (ХГД);
- Виразкова хвороба (ВХ) дванадцятипалої кишки і шлунку



Епідеміологічні аспекти ГЕРХ



* - наявність печії і/або регургітації 1 раз на тиждень і частіше протягом останніх 12 міс.

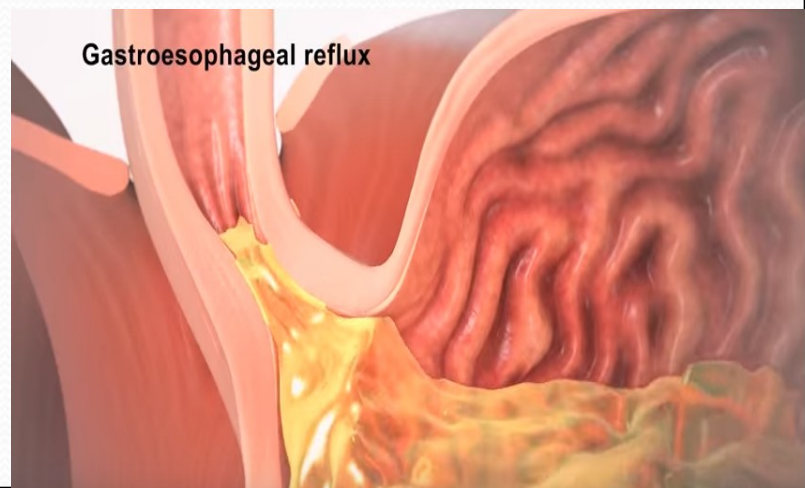
Robinson, 1998; Fujiwara, 2005; Galmiche, 1997; Kang, 2012; Friedenberg F.K., 2015,

ГЕРХ У ДІТЕЙ: розповсюдженість

- 1,48 випадків на 1000 дітей до 12 років
- 2,26 випадків у дівчаток і 1,75 випадків у хлопчиків на 1000 чоловік у віці 16-17 років
- Частота ерозивних езофагітів при ГЕРХ у дітей коливається від 12 до 36%
- За даним аналізу протоколів ЕГДС більше, ніж 7000 дітей, доля ерозивних езофагітів склала 12,4%, причому частота ерозивних езофагітів збільшується з віком, досягаючи максимуму серед підлітків

[Gilger MA, El-Serag HB, 2013].

- Гастроєзофагеальний рефлюкс – найбільш розповсюджена форма порушення моторної діяльності шлунково-кишкового тракту (ШКТ), яка являється причиною формування рефлюкс-езофагітів, ерозивних і виразкових уражень стравоходу, кровотеч, залізодефіцитної анемії та стравоходу Баррета



Сучасні причини порушення рухових функцій травної системи



Гастроєзофагеальний рефлюкс

Фізіологічний

Відзначається частіше після прийому їжі
Характеризується невисокою частотою
(Не більше 20-30 епізодів в день)
і незначною тривалістю
(Не більше 20 с)
Не має клінічних еквівалентів
Чи не призводить до формування
рефлюкс-езофагіту

Gastroesophageal Reflux

Physiological
Gastroesophageal
Reflux – GER

Gastroesophageal
Reflux Disease – GERD
(Symptomatic)

Primary GERD:
motility problem
affecting lower
esophageal sphincter

Secondary GERD:
external factor causing
transient relaxations of
lower esophageal sphincter
(eg. Food Allergy)

Патологічний

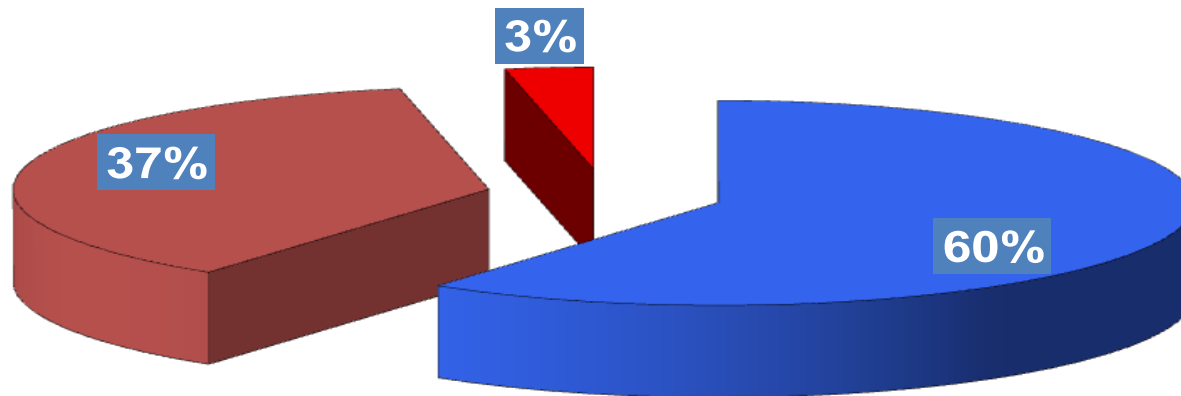
Первичный

Вторичный

Зустрічається в будь-який час доби,
часто не залежить від прийому їжі

висока частота
(Більше 50 епізодів в день),
тривалість не менше
4,2% часу запису,
за даними добового рН-моніторингу
Часто має внепідшлункові маркери
Веде до пошкодження
слизової оболонки стравоходу

Структура ГЕРХ



- Эндоскопически негативная рефлюксная болезнь
- Рефлюкс-эзофагит
- Пищевод Барретта

Всемирный конгресс гастроэнтерологов , Los-Angeles , USA , 2002

Результати досліджень дозволяють вважати, що ерозивна форма (ерозивний езофагіт) і неерозивна форма ГЕРХ (неерозивна рефлюкснахвороба (НЕРХ) не мають тенденції до самостійної трансформації одна в іншу і можуть існувати незалежно одна від іншої (Bardhan K. D. Tsoukali E., 2013)

Патологічний ГЕР (основа формування ГЕРХ як нозологічної одиниці)

Особливе значення в даний час надається некислотним (слабокислим або лужному) рефлюксу, які клінічно найчастіше проявляється регургітацією і хронічним кашлем

Змішаний рефлюкс -

комбінація двох представлених варіантів.

Кислотний рефлюкс -

зниження рН в стравоході до рівня 4,0 і менше внаслідок попадання в його порожнину переважно кислого шлункового вмісту (з експозицією рефлюктата більше 5 хвилин). Головні ушкоджують агенти: пепсин і соляна кислота шлунку

Лужний рефлюкс -

підвищення рН в стравоході до рівня понад 7,5 при попаданні в його порожнину переважно дуоденального вмісту. Головні ушкоджують агенти: компоненти жовчі (жовчні кислоти, лізолецитін) і панкреатичного соку (панкреатичні ферменти)

Діагностична програма при GERX у дітей

- **Оцінка клінічних симптомів**
- **Ендоскопічне дослідження з біопсією**
 - Рефлюкс-езофагіт
 - НЕРХ

Гістологічне дослідження

Тест з ІПП
(терапія ex juvantibus)

- **рН-моніторинг** (внутрішньо просвітний імпеданс-рН-моніторинг)

Патологічний кислий ГЕР з $\text{pH} < 4$
За рН: кислі ($\text{pH} \leq 4$),
слабокислі ($4 < \text{pH} < 7$),
слабколужні ($\text{pH} \geq 7$)

- **Рентгенологічне дослідження**

З допомогою контрастної рентгеноскопії є можливість діагностувати ГЕР (I – IV ступенів), а також СГСОД

Манометрія

Оцінити моторику стравоходу і виявити дефекти перистальтики

Сцинтиографія

Кліренс стравоходу

Біліметрія

Наявність ДГР

Терапія ГЕРХ в міжнародних протоколах

Gastro-oesophageal reflux disease in
children and young people: diagnosis and
management

NICE guideline

Published: 14 January 2015

nice.org.uk/guidance/ng1

- *Безрецептурні антациди*
- *H₂-гістаміно-блокатори*
- *Інгібітори протоного насоса (ІПП)*
- *Прокінетики (з урахуванням показань та побічних ефектів)*
- *Хірургічна корекція*

H₂ Receptor Antagonists

Cimetidine

Famotidine

Nizatidine

Ranitidine

For the most current treatment dosage information please consult the respective product information

Proton Pump Inhibitors

Dexlansoprazole

Esomeprazole

Lansoprazole

Omeprazole

Pantoprazole

Rabeprazole

Zegerid

Гастроезофагеальний рефлюкс

Ознаки езофагіту відсутні

Відсутні значимі ураження
органів дихання

Відсутні неврологічні
симптоми

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

Роздратованість

Біль в нижній частині грудної клітини

Дисфагія

Залізодефіцитна анемія

Апноє або ціаноз

Аспірація або

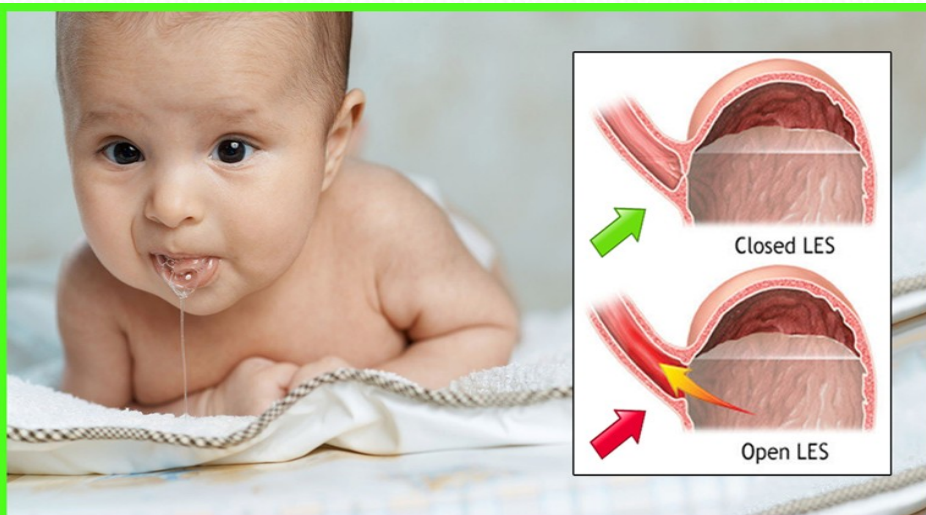
рецидивуюча пневмонія

Хронічний кашель

Стридор

Неврологічні симптоми після їжі

Тонічні скорочення верхніх
кінцівок, напруження м'язів шиї та
наклони голови



Диференційна діагностика рефлюкс-езофагіту

Гастроезофагеальний рефлюкс
Функціональна диспепсія
Функціональна печія
Гіперсенситивний стравохід
Еозинофільний езофагіт
Інфекційний езофагіт
Паразитарні захворювання
Хвороба Крона
Харчова алергія
Блювання, булімія
Хвороби сполучної тканини
Хвороби трансплантата проти
хазяїна
Недостатність наднирників
Лімфома

Differential Diagnosis of Esophagitis

- Gastroesophageal reflux
- Eosinophilic esophagitis
- Infections (*Candida albicans*, Herpes simplex, Cytomegalovirus)
- Crohn's disease
- Vomiting, bulimia
- Pill induced
- Graft-versus-host disease
- Caustic ingestion
- Postsclerotherapy/banding
- Radiation/chemotherapy
- Bullous skin diseases
- Lymphoma

Сучасна стратегія лікування ГЕРХ у дітей

ГЕРХ без езофагіту (НЕРХ)

Рефлюкс –езофагіт I ступеня :

Прокінетики + антациди або альгірати 2-3 тижні.

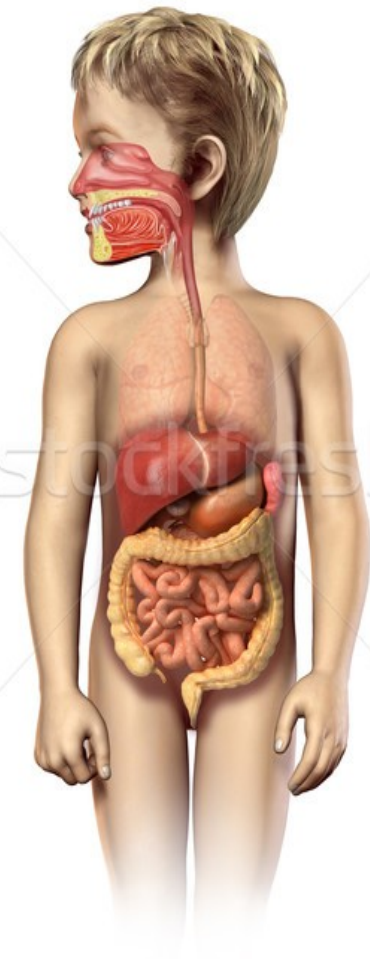
- **ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом II ступеня:**

Прокінетики -3-4 тиж. + блокатори H₂-гістамінових рецепторів або ІПП - 2-3 тижні, альгірати

ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом III-IV ступеня:

**Прокінетики + ІПП + альгірати і
цитопротектори**

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ



- (МКХ-10, XI, **К30**),
- Постійний або рецидивуючий біль або дискомфорт в верхній частині живота по середній лінії;
- відсутність доказів органічних, системних або метаболічних порушень;
- відсутність даних про зв'язок симптомів диспепсії зі змінами частоти або характеру випорожнень (що характерно для синдрому подразненого кишечника).
- тривалість не менше **1 раз в тиждень за останні 2 місяці**, при процесі обстеження не вдається виявити органічні захворювання.

Етіологія



Екзогенні фактори:

- ✱ нервово-психічні перевантаження;
- ✱ недотримання режиму і неадекватний характер харчування;
- ✱ примусове кормління;
- ✱ фізичні і вестибулярні перевантаження.

Ендогенні фактори:

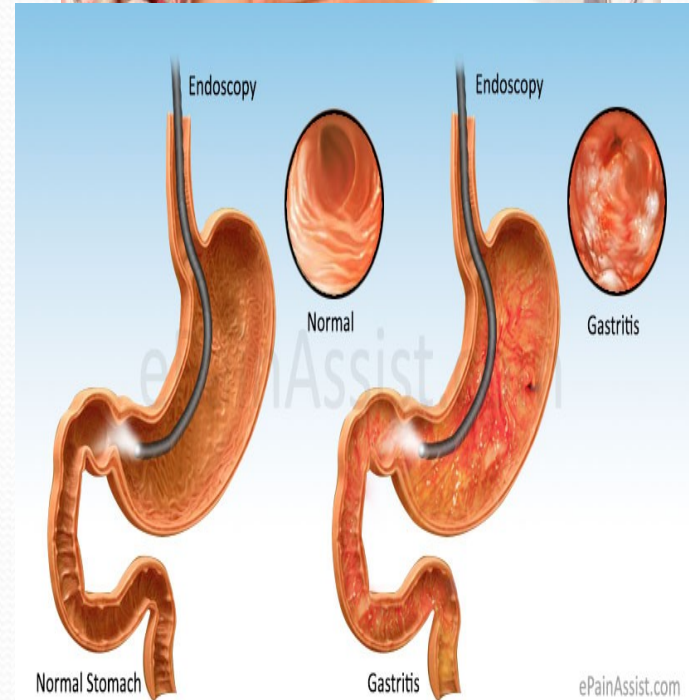
- ✱ неврози;
- ✱ нейроциркуляторні дисфункції;
- ✱ харчова алергія;
- ✱ різні хвороби внутрішніх органів;
- ✱ вогнища інфекції і паразитози.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

Клінічні варіанти

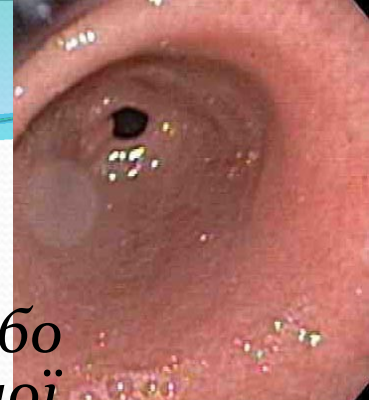


- Римські критерії III виділяють два варіанти –
 - **Епігастрально-больовий синдром (ЕБС) і постпрандіальний дистрес-синдром**
 - **Постпрандіальний дистрес-синдром** характеризується наявністю одного або двох головних критеріїв:
 - почуття переповнення після їжі, які виникають після звичайного прийому їжі, декілька разів в тиждень ;
 - швидка ситість, у зв'язку з чим неможливо їсти звичайну їжу до кінця, декілька разів в тиждень.
- Додаткові критерії:**
- здуття живота або нудота після їжі, або відрижка;



ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

Клінічні варіанти



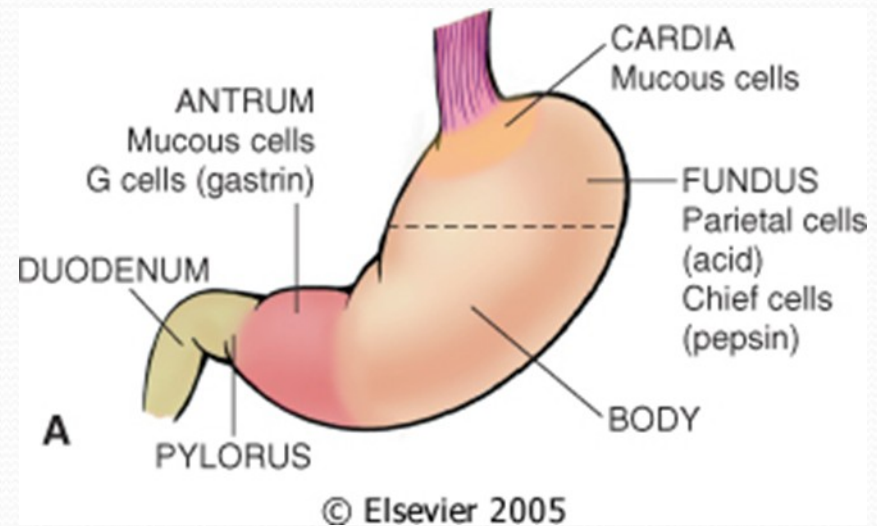
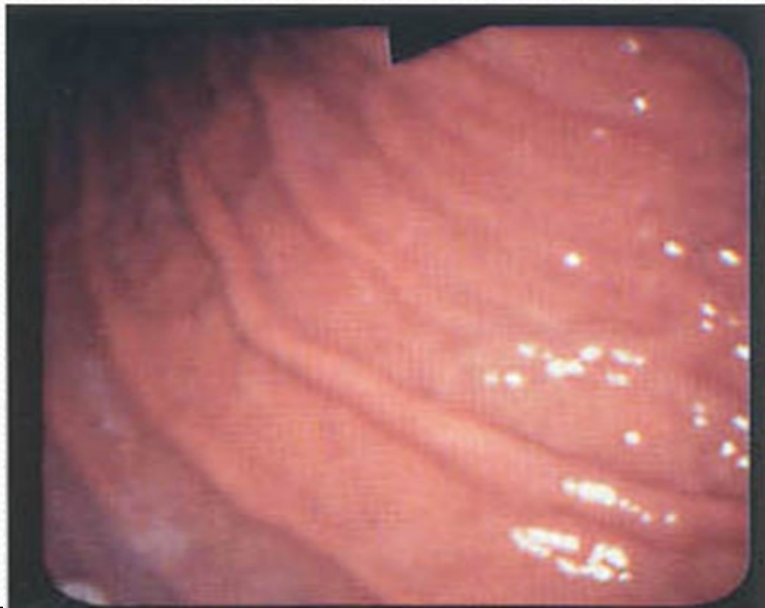
Endoscopy of the
Stomach

- **Епігастрально-больовий синдром** (ЕБС) біль або печія, локалізовані в епігастрії, як мінімум помірної інтенсивності із частотою не менше одного разу на тиждень;
- 2) біль періодичний;
- 3) немає генералізованого болю або, що локалізується в інших відділах живота чи грудної клітини;
- 4) немає покращення після дефекації або відходження газів;
- 5) немає відповідності критеріям розладів жовчного міхура й сфінктера Одді.
- Підтверджуючі критерії:
 - 1) біль може бути пекучим, але без ретростернального компоненту;
 - 2) біль звичайно з'являється або, навпаки, зменшується після приймання їжі, може виникати й натще;

Хронічний гастрит

- хронічне рецидивуюче стадійне запалення слизової оболонки шлунка (СОШ) і підслизового шару, що супроводжується клітинною інфільтрацією, порушенням фізіологічної регенерації, зі схильністю до прогресування і поступовим розвитком атрофії залозистого апарата, розладом секреторної, моторної і, нерідко, інкреторної функції шлунка.

Наказ № 59 МОЗ України від 29.01.2013 р.



Особливості перебігу ХГД у дітей і підлітків

- Порівняно з 90-ми роками, нині розглядають ряд особливостей перебігу ХГД у дітей і підлітків, а саме:
- – **феномен синтропії**, тобто залучення до патологічного процесу органів травлення, що розвиваються з єдиної ембріональної закладки;
- – **феномен поліморбізму** – ураження, окрім травного каналу, органів інших систем (серця й судин, ЛОР-органів, імунних, ендокринних і кровотворних органів);
- – збільшення майже **в 3,5 рази** частоти поширених змін шлунка й дванадцятипалої кишки (пангастрит і дуоденіт);
- – зростання більш **ніж у 3 рази** деструктивних уражень гастродуоденальної зони;
- збільшення **ролі інфекційного фактора** – в першу чергу *Helicobacter pylori*, а також лімфотропних вірусів (віруси простого герпесу [ВПГ] I та II типу, цитомегаловірус), хламідій, грибів роду *Candida* та їх різноманітних асоціацій – у формуванні ХГД;
- – переважання **малосимптомних**, а в підлітковому віці – безсимптомних форм клінічного перебігу захворювання

Современная классификация ХГ та ХГД соответствует «Сиднейской классификации» (1990 г.) с дополнениями для детского возраста. Она утверждена и применяется в Украине с 2000 года

• **По этиологии:**

- инфекционный (бактериальный НР—ассоциированный, вирусный, грибковый);
- химический (рефлюкс—гастрит);
- аллергический;
- особенные формы (еозинофильный, гранулематозный и др.);
- недифференцированный по этиологии.

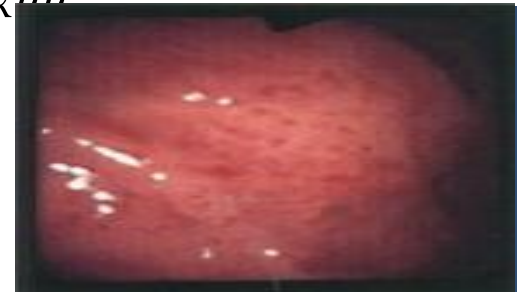
По локализации: ограниченный (антральный, фундальный);

- распространенный (пангастрит).

По морфологии:

1.Эндоскопическая характеристика: 2. Гистологическая характеристика:

- диффузный с поражением желез;
- без атрофии, атрофический
- поверхностный;
- гипертрофический;
- эрозивный;
- геморрагический;



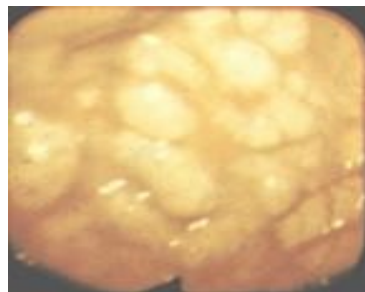
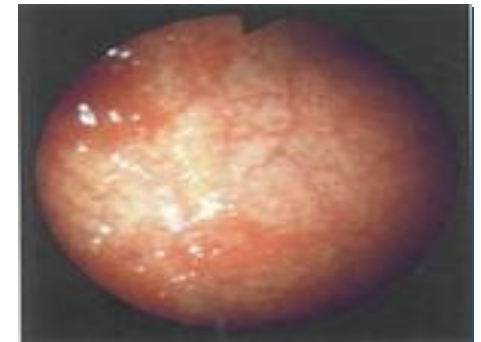
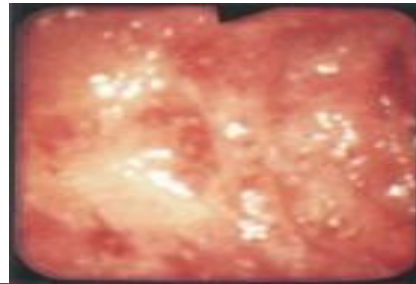
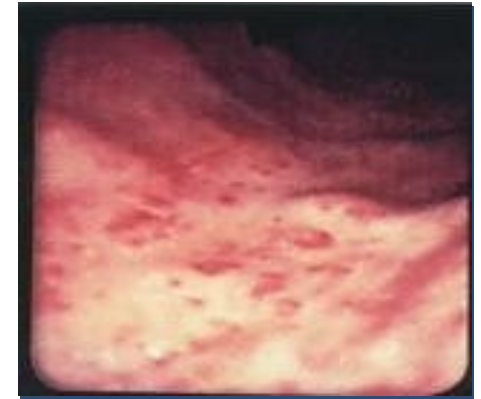
Современная классификация ХГ та ХГД соответствует «Сиднейской классификации» (1990 г.) с дополнениями для детского возраста. Она утверждена и применяется в Украине с 2000 года

• ***Секреторная функция желудка:***

- повышена;
- сохраненная (нормальная);
- снижена

Стадия (фаза) патологического процесса:

- обострения;
- неполная ремиссия;
- ремиссия.



Ендоскопічна картина гастритів



Нормальна СО шлунка



Поверхневий гастрит



Гіпертрофічний гастрит



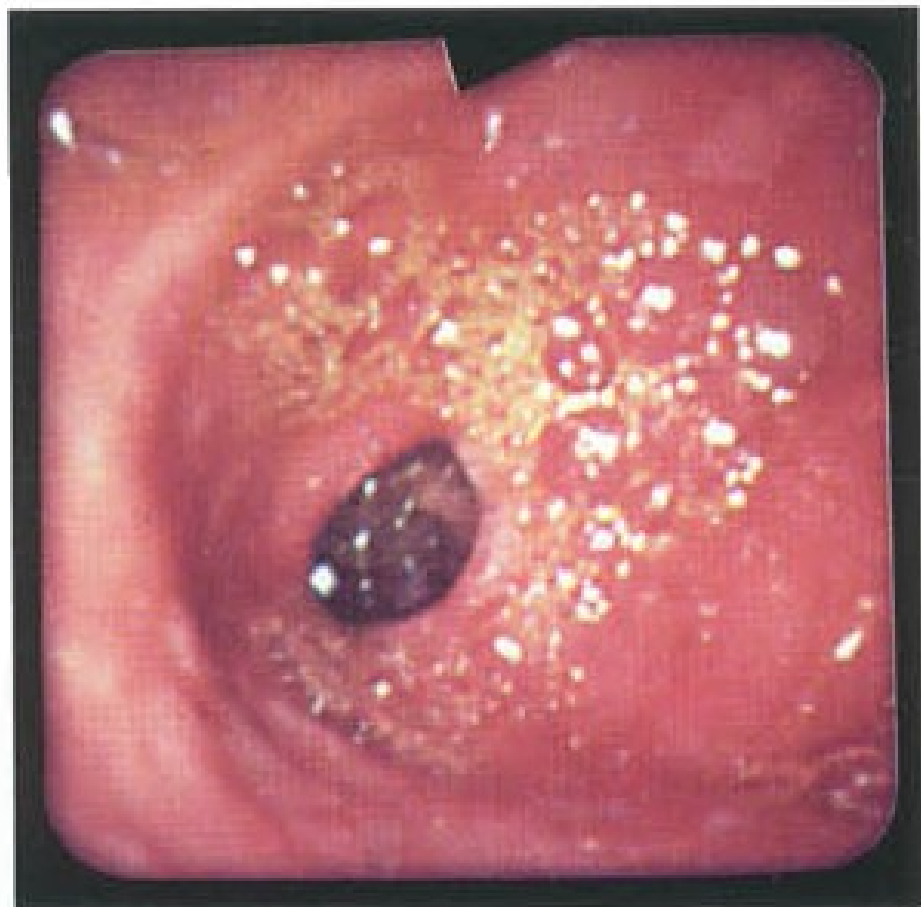
Атрофічний гастрит



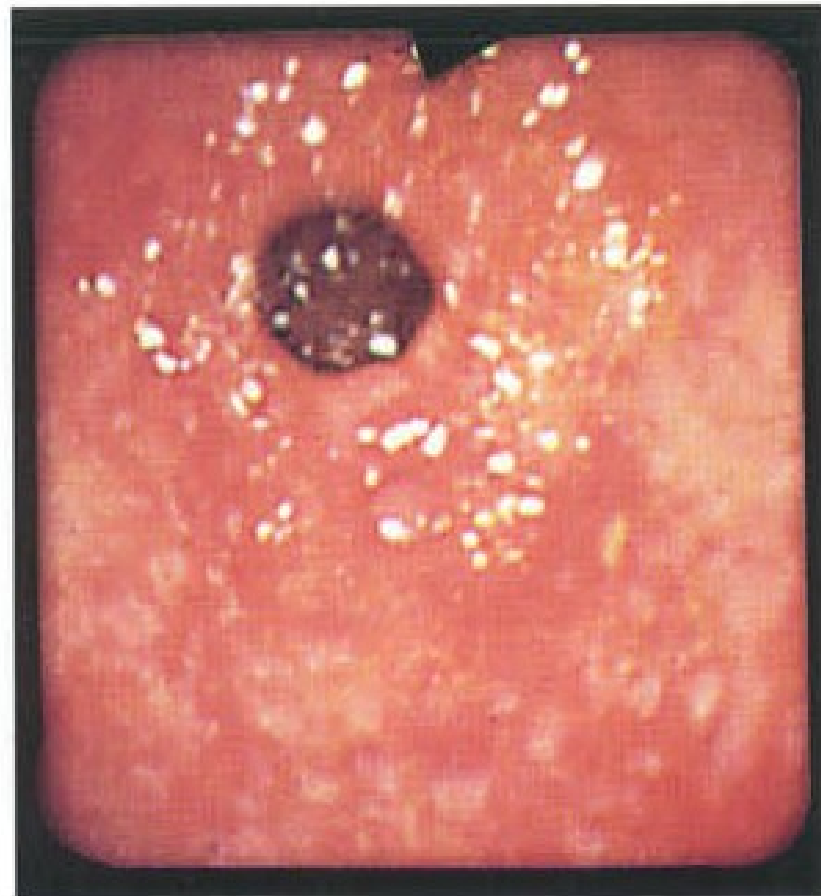
2.65. Смешанная форма гастрита. Бледная, несколько атрофичная слизистая с множественными эритематозными и петехиальными очагами.



2.68. Очаговая атрофия слизистой задней стенки тела желудка.



2.85. Дуоденогастральный рефлюкс. Отмечается заброс желчи, выраженная гиперемия слизистой антрального отдела. (Часто встречается у больных с хронической дуоденальной недостаточностью).

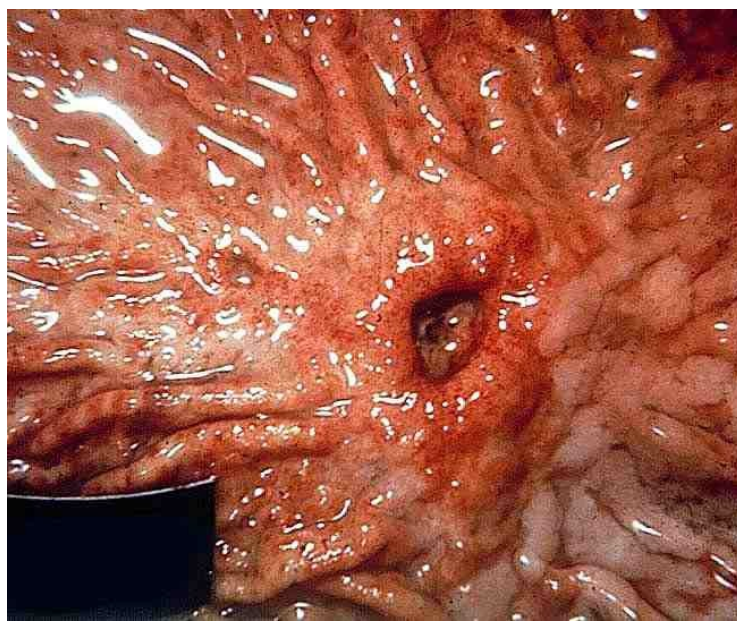


2.88. Рефлюкс-гастрит неоперированного желудка. Отмечаются выраженные изменения слизистой антрального отдела. Заброс желчи, очаги гиперемии, переходящие в эрозии. Сероватые очаги гиперплазии слизистой с кишечной метаплазией.



Виразка
ДПК

Виразка
шлунку



Алгоритм діагностики ХГД передбачає:

- 1. ЕФГДС
- 2. Інтрагастральна рН-метрія (за Ю. Є. Лінар-Ю.Я.Лею): рН (тіло шлунка) 1,6-2,0-середні інтенсивності (нормоацідність);
 - рН (тіло шлунка) 1,5 і менше-підвищена кислотоутворююча функція;
 - рН (тіло шлунка) 2,1 і вище - знижена кислотоутворююча функція;
- Кислотонейтралізуюча функція оцінюється за рН (антрум) max - рН (тіло шлунка) min більше 4 одиниць - компенсація; субкомпенсація (рН від 1,5 до 4,0); декомпенсація (рН менше 1,5).
- 3. УЗД внутрішніх органів
- 4. Рентгенографія ШКТ



Хелікобактер пілорі



Вперше скупчення мікроорганізмів у місці виразки було визначено у 1874 р. Вотчером, згодом їх було охарактеризовано, як різновид стрептокока, але тільки у 1978 Уоррен – патанатом та гастроентеролог

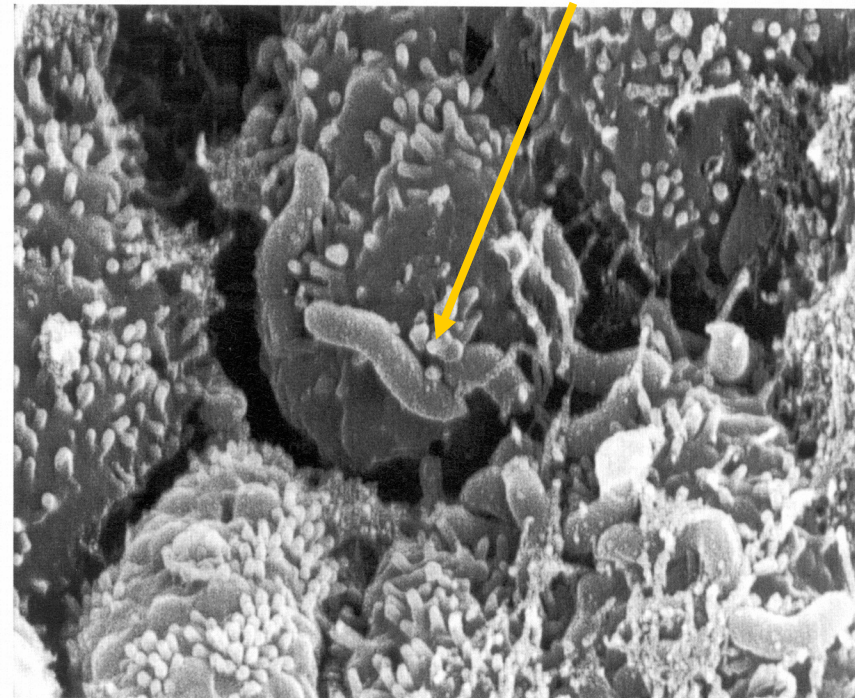
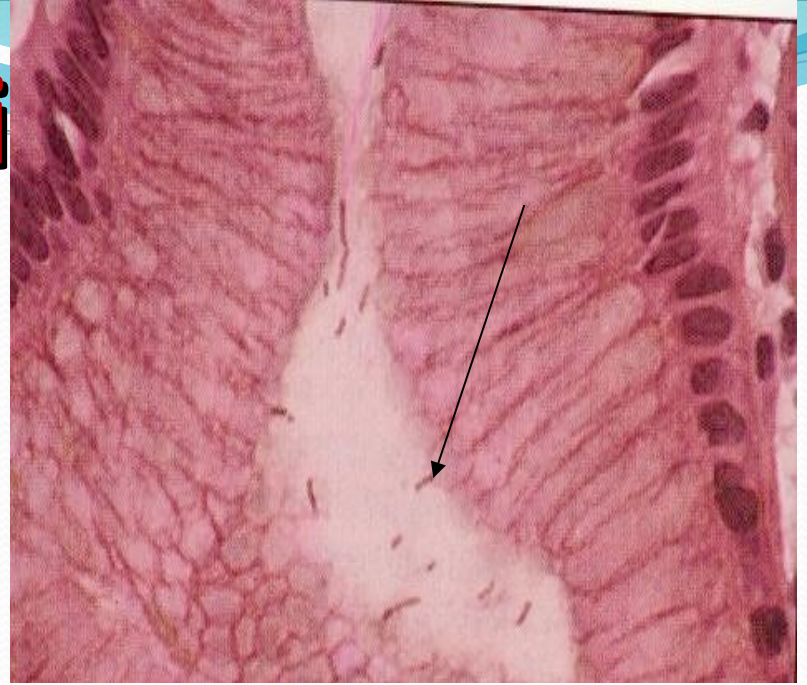
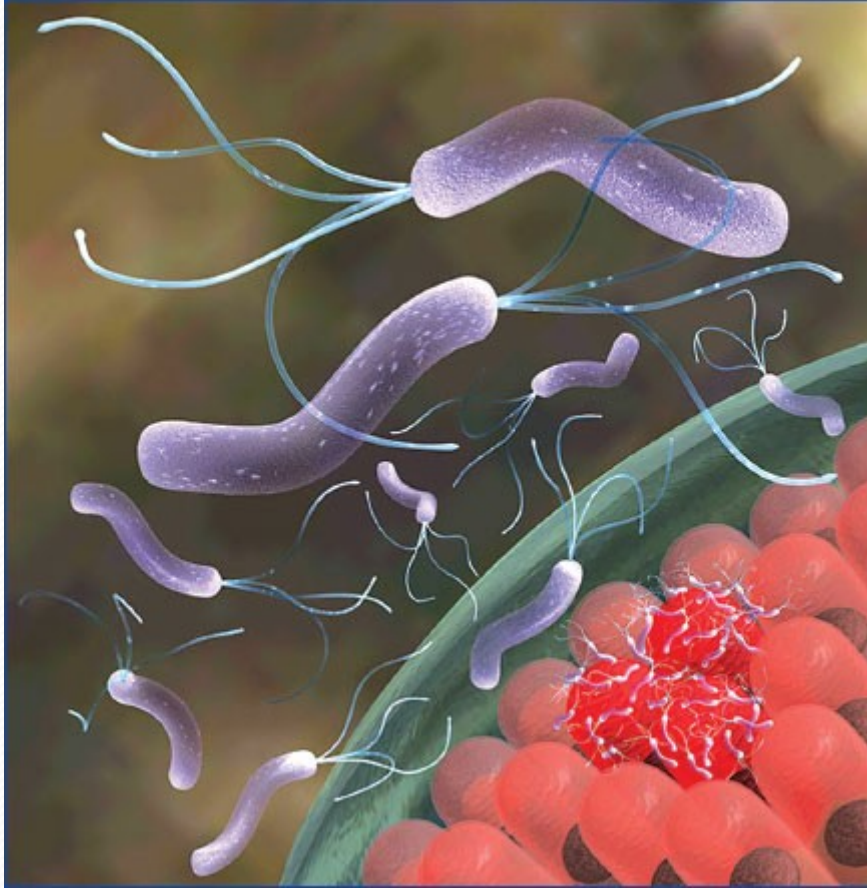
Маршал у 1982 (австралійці) виділили та описали його як кампілобактер, пізніше назвали хелікобактер,

у 2005 вони отримали Нобелівську премію за це їх є 8 різновидів, але лише *Helicobacter pylori* спричиняє виразки, спричиняють залізодефіцитну анемію, тромбоцитопенію

У 1990 році пілоричний хелікобактеріоз був включений у міжнародну класифікацію гастритів

У 1995 – Міжнародна Асоціація по вивченню раку визнала його канцерогеном 1 класу

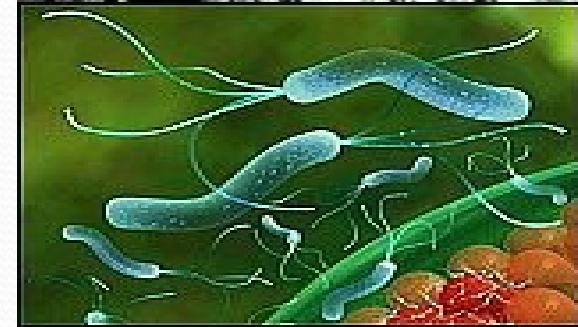
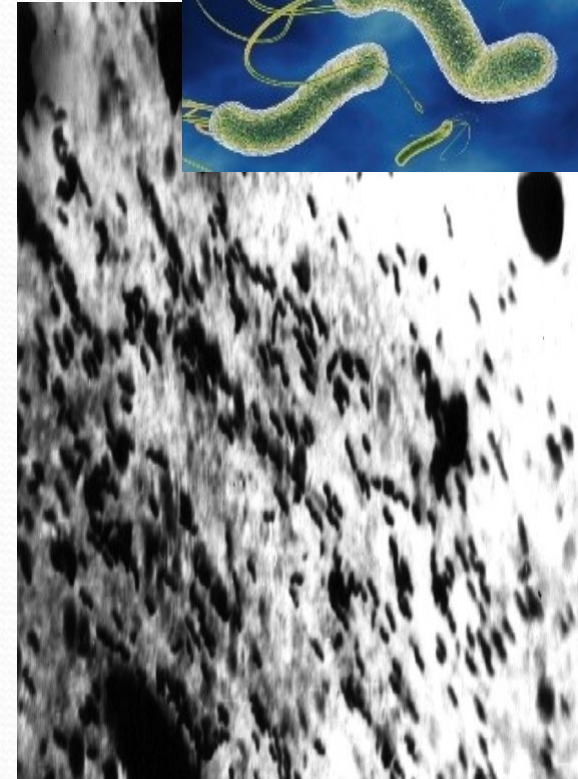
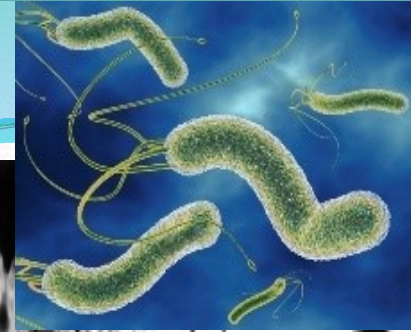
Helicobacter pylori



Діагностика НР

бактеріологічний метод – посів біоптату СОШ на диференціально-діагностичне середовище

- морфологічний метод – вважається «золотим стандартом» діагностики *H. pylori*, оскільки дає можливість підтвердити наявність запального процесу, його типу, ступеня активності, виявити не тільки *H. pylori*, але й ВПГ та *Candida* тощо, визначити стан мікроциркуляції.



Діагностика НР

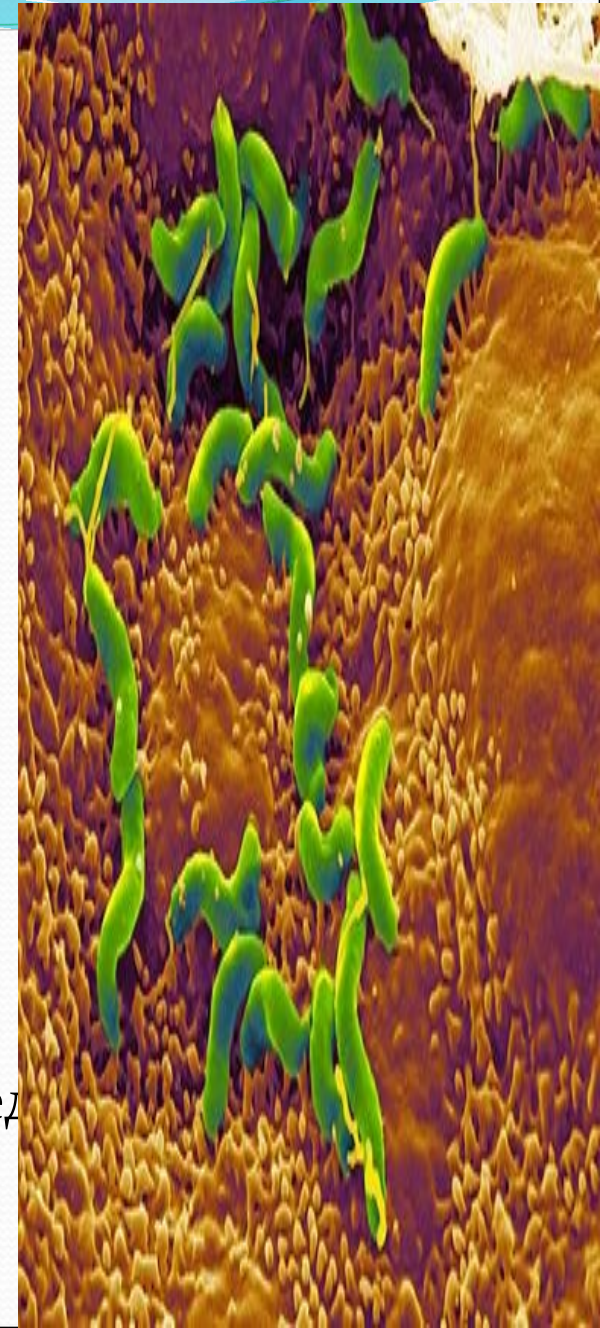
цитологічний метод – забарвлювання *H. pylori* в мазках-відбитках біоптатів СОШ за Гімзою, Грамом. Метод скринінговий, швидкий, однак інвазивний;

– **скринінговий уреазний тест** – виявлення уреазної активності в біоптаті СОШ, який перебуває в рідкому чи гелеподібному середовищі, що містить субстрат, буфер та індикатор. За зміною забарвлення діагностичного середовища можна підтвердити наявність чи відсутність *H. pylori*. Однак тест інвазивний, і при надмірній контамінації потенційно-патогенними мікроорганізмами (протеї, клебсієли, псевдомонади та ін.), які також мають уреазну активність, тест може бути псевдопозитивним;



Діагностика НР

- **дихальний уреазний тест** – визначення в повітрі, що видихає хворий, ізотопів радіоактивного вуглецю, які виділяються внаслідок розщеплення в шлунку обстежуваного міченої сечовини під дією уреази *H. pylori*. **Цей тест також є скринінговим та неінвазивним.**
- **метод імуноферментного аналізу** – оснований на визначенні специфічних антихелікобактерних антитіл класів А та G у сироватці, плазмі чи капілярній крові хворих. Дає можливість підтвердити наявність інфікування *H. pylori*, неінвазивний, скринінговий.
- **дослідження копрофільтратів** методом полімеразної ланцюгової реакції є неінвазивним і має найбільшу чутливість серед вищенаведених методів; відносно недорогий



«Золотий стандарт» діагностики Hр і контроль ерадикації



^{13}C -уреазный
дыхательный тест для
неинвазивной
диагностики и оценки
эрадикации
Helicobacter pylori



Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al.
Management of *Helicobacter pylori* infection - the Maastricht
IV/ Florence Consensus Report. Gut 2012;61:646-664

УНГЦ "БИК-Киев"

ВНУТРИЖЕЛУДОЧНАЯ ЭКСПРЕСС рН-МЕТРИЯ

Дата : 18.11.2004 г. Время : начало - 09:48

ФИО : Заславская Елена Викторовна

Дата рождения : 21.07.1970 г.

Пол : ж

Рост : 160 см

Регистрация (см) - начало : 40

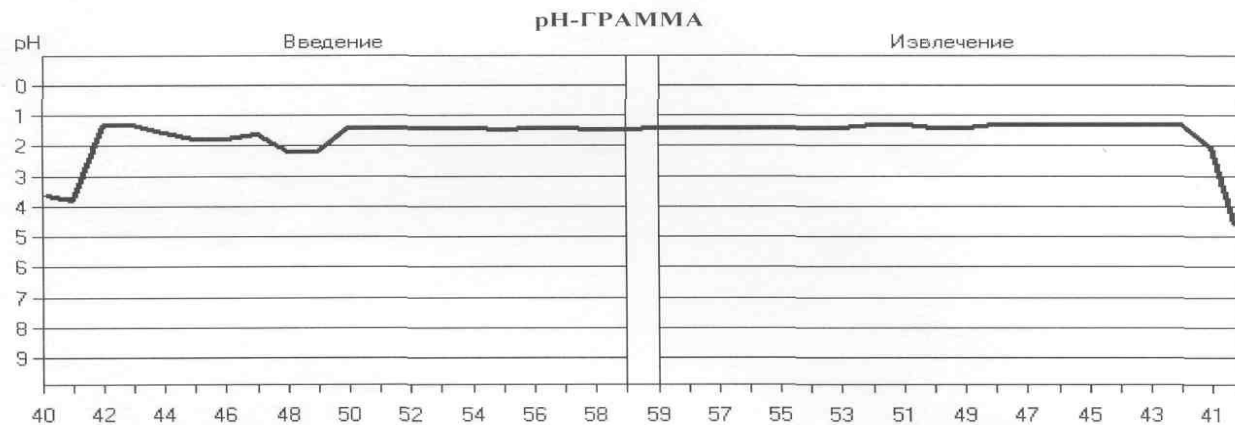
конец : 59

N 000027

Масса : 53 кг

шаг : 1

Исходные данные и события :

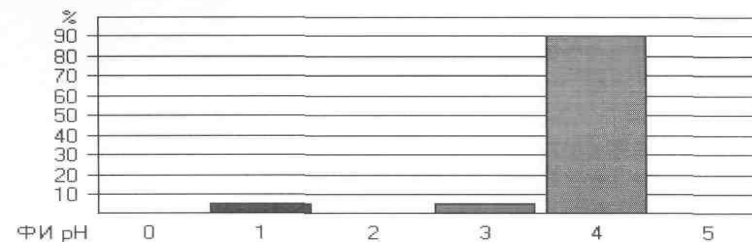


N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
L см	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	-	-	-	-
pH↓	3,64	3,80	1,32	1,32	1,56	1,80	1,80	1,64	2,20	2,20	1,40	1,40	1,40	1,40	1,40	1,48	1,40	1,40	1,48	1,48	-	-	-	-
N	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
L см	-	-	-	-	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
pH↑	-	-	-	-	4,60	2,04	1,32	1,32	1,32	1,32	1,32	1,32	1,32	1,40	1,40	1,32	1,32	1,40	1,40	1,40	1,40	1,40	1,40	1,40

АНАЛИЗ рН-ГРАММЫ

pH	min	Max	Δ	V _L	X	σ	m _с	Me	Mo
	1,32	4,60	3,28	0,160	1,56	0,73	0,12	1,40	1,36

ФИ рН	↑	
	N	%
5 (0,86-1,29)	0	0,00
4 (1,30-1,59)	18	90,00
3 (1,60-2,29)	1	5,00
2 (2,30-3,59)	0	0,00
1 (3,60-6,99)	1	5,00
0 (7,00-8,50)	0	0,00



Заключение основное : Гиперацидность умеренная субтотальная

Лікування ХГДЗ у дітей

Уніфікований протокол

(наказ МОЗ №59 від 29.01.2013 р)

1. Дієтотерапія

2. Відмова від ульцерогенних середників (амідопірин, аспірин, глюкокортикоїди, спиртвмісні медикаменти)

3. Боротьба з палінням.

4. Медикаментозна корекція:

а) антихелікобактерна терапія

б) антацидна та антисекреторна терапія

в) корекція патологічного закиду дуоденального вмісту в шлунок (адсорбенти, прокінетики)

г) регуляція порушень моторно-евакуаторної функції верхнього відділу травного каналу (мотіліум)

Лікування НР у дітей

Уніфікований протокол

(наказ МОЗ №59 від 29.01.2013 р)

- Однотижнева потрійна терапія з ІПП (переважно дітям після 12 років):
- Пантопразол (омепразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфуратель;
- 2) Пантопразол (омепразол) + амоксицилін (рокситроміцин) / кларитроміцин (азитроміцин) + колоїдної субцитрат вісмуту.
- Однотижнева квадротерапія: колоїдний субцитрат вісмуту + пантопразол + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин + ніфуратель.

Лікування НР у дітей
Уніфікований протокол
(наказ МОЗ №59 від 29.01.2013 р)

- Однотижнева потрійна терапія (переважно дітям до 12 років):
- Колоїдний субцитрат вісмуту (Де-нол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфуратель;
- 2) колоїдної субцитрат вісмуту (Де-нол) + амоксицилін (рокситроміцин) / кларитроміцин (азитроміцин) + фамотидин.
- Однотижнева квадротерапія: колоїдний субцитрат вісмуту (Де-нол) + ІПП + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин + ніфуратель.

Лікування НР у дітей

Уніфікований протокол

(наказ МОЗ №59 від 29.01.2013 р)

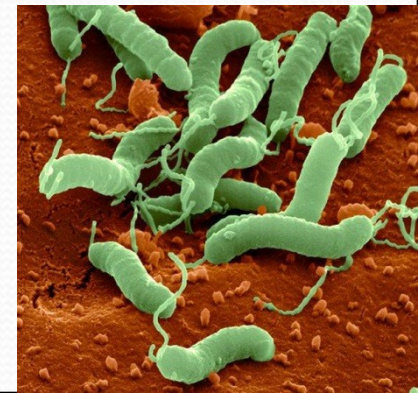
- Всі препарати призначаються 2 рази на день (вранці і ввечері) протягом 7 днів.
- Азитроміцин - 1 раз на день протягом трьох останніх днів тижневого курсу.
- - Колоїдний субцитрат вісмуту - 4 -8мг / кг на добу (максимум 480 мг в добу);? - Амоксицилін - 25 мг / кг (не більше 1 г на добу);
- - Кларитроміцин - 7,5 мг / кг (максимум 500 мг на добу);
- - Рокситромицин (суммамед) - 10 мг / кг (не більше 1 г на добу);
- - Ніфурател- 15 мг / кг;
- - Фуразолідон - 10 мг / кг;
- - Омепразол - 0,5-0,8 мг / кг (максимум 40 мг на добу);
- - пантопразол - 20-40 мг на добу
- - Ранитидин - 2-8 мг / кг (максимум 300 мг на добу)
- - Фамотидин - 1-2 мг / кг (максимум 40 мг на добу).

Сучасні концепції лікування інфекції *H. pylori*

(Совместные рекомендации ESPGHAN / NASPGHAN по лечению
больных *Helicobacter pylori* у детей и подростков (обновление 2016) J
Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017; 64 (6): 991-1003

Рекомендуемые варианты терапии первой линии при инфекции *H. pylori*

1. Чувствительность к CLA и MET - **PPI-АМО-CLA 14 дней**
2. Резистентный к CLA, восприимчив к MET - **PPI-АМО-MET 14 дней
или на основе висмута**
3. Резистентный к MET, восприимчив к CLA - **PPI-АМО-CLA 14 дней
или на основе висмута**
4. Резистентный к CLA и MET - **PPI-АМО-MET 14 дней с высокой
дозой амоксициллина или на основе висмута**
5. Резистентность неизвестна - **ВЫСОКИЕ ДОЗЫ
PPI-АМО-MET 14 дней или на основе
висмута**



Дякую за увагу!



Використана література:

1. Основи педіатрії за Нельсоном: переклад 8-го англ. видання : у 2 томах. Том 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – XIV, 378 с.
2. Пропедевтична педіатрія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / В. Г. Майданник [та ін.]. – 2-ге вид., випр. та допов. – Вінниця : Нова кн., 2018. – 871 с. : табл., іл.
3. Педіатрія : нац. підруч. : у 2 т. / Н.Г. Гойда, Р.О. Моїсеєнко, Л.І. Чернишова, Ф.І. Лапій, В.В. Бережний та ін.; за ред. В.В. Бережного; Асоц. педіатрів України МОЗ України. – К. : [б. в.], 2013 -Т. 1. – 2013. – 1037 с. : табл., іл.
4. Педіатрія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / О. В. Тяжка [та ін.] ; за ред. О. В. Тяжкої ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця МОЗ України. – 5-те вид., випр. та допов., оновлєє. – Вінниця : Нова кн., 2018. – 1150 с. : табл., іл.
5. Шадрін О. Г. Гастроентерологія дитячого віку: навч.-метод. посіб. для викладачів та студ. VI курсу, що навчаються за фахом "педіатрія" / Шадрін О. Г., Леженко Г. О., Резніченко Ю. Г. – Запоріжжя : Просвіта, 2010. – 202 с.
6. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Ведення найбільш поширених станів у дітей до 5 років у контексті інтегрованого ведення хвороб дитячого віку», 2015.
7. Педіатрія : національний підручник : у 2 т. / Д.Д. Іванов, С.В. Кушніренко, Д.А. Сеймівський [та ін.] ; за ред. В.В. Бережного; Асоціація педіатрів України. – К. : Сторожук О.В., 2013. – Т. 2. – 1021 с.
5. Пиріг Л.А., Іванов Д.Д., Таран О.І. та ін. (2014) Нефрологія: Націонал. підруч. Заславський О.Ю., Донецьк, 292 с

Інтернет – ресурси:

Сайти МОЗ України: <https://moz.gov.ua/protokoli>

Онлайн-платформа з протоколами на засадах доказової медицини

Джерела клінічних настанов

Інформаційні ресурси <http://www.booksmed.com/pediatrici> <http://pediatrici.info> <http://health-ua.com/parts/pediatrics>
<http://www.med-edu.ru/pediatr> <http://medi.ru/Doc/j01.htm> <http://www.mif-ua.com/archive/zhurnal-zdorove-rebenka/numbers> <http://medkniga.ucoz.net/publ/pediatrici/40> http://www.medport.info/index.php?option=com_content&view=section&id=48&Itemid=73 <http://youalib.com/медицина/педіатрія>