

Рекомендовано  
Экспертным советом  
РГП на ПХВ «Республиканский центр  
развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Республики Казахстан  
от «30» ноября 2015 года  
Протокол №18

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### ГАСТРИТ И ДУОДЕНИТ

#### I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. **Название протокола:** Гастрит и дуоденит.

2. **Код протокола:**

3. **Код (коды) по МКБ-10:**

К 29 Гастрит и дуоденит

К29.3 Хронический поверхностный гастрит

К29.4 Хронический атрофический гастрит

К29.5 Хронический гастрит неуточненный

К29.6 Другие гастриты

К29.7 Гастрит неуточненный

К29.8 Дуоденит

К29.9 Гастродуоденит неуточненный

4. **Сокращения, используемые в протоколе:**

АЛТ аланинаминотрансфераза

АСТ – аспаратаминотрансфераза

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЕД – единицы

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИПП – ингибитор протонной помпы

ИФА – иммуноферментный анализ

ЛОР – оториноларинголог

ЛФК – лечебная физкультура

МЕ – международные единицы

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ПЦР – полимеразно-цепная реакция

СОЖ – слизистая оболочка желудка

УЗИ –	ультразвуковое исследование
ФЭГДС –	фиброэзофагогастродуоденоскопия
ХГД –	хронический гастродуоденит
ЭКГ –	электрокардиография
НР;	<i>Helicobacter pylori</i> (хеликобактер пилори)
<i>H. pylori</i> –	
Ig G –	иммуноглобулин G

**5. Дата разработки протокола:** 2014 год.

**Дата пересмотра протокола:** 2015 год.

**6. Категория пациентов:** дети.

**7. Пользователи протокола:** педиатры, детские гастроэнтерологи, врачи общей практики, врачи скорой медицинской помощи, фельдшеры.

## II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

**8. Определение:** **Хронический гастрит** – воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка диффузного или очагового характера, сопровождающийся морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка с развитием её атрофии и нарушения регенерации, моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка.

**Хронический гастродуоденит** – хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление со структурной перестройкой слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и формированием секреторных и моторно-эвакуаторных нарушений [3].

## 9. Клиническая классификация («Сиднейская система», 1996 в модификации)

Таблица 1 - Хьюстонская классификация хронических гастритов

<i>Тип гастрита</i>	<i>Этиологические факторы</i>	<i>Синонимы (прежние классификации)</i>
Неатрофический	Helicobacter pylori Другие факторы	Поверхностный Хронический антральный Гастрит типа В Гиперсекреторный гастрит
Атрофический аутоиммунный	Иммунные механизмы	Гастрит типа А Диффузный гастрит тела желудка Гастрит тела желудка, ассоциированный с В <sub>12</sub> -дефицитной анемией и пониженной секрецией
Атрофический мультифокальный	Helicobacter pylori Нарушения питания Факторы среды	Смешанный гастрит типа А и В
Особые формы		
Химический	Химические раздражители Желчь Приём нестероидных противовоспалительных препаратов	Реактивный гастрит типа С Реактивный рефлюкс-гастрит
Радиационный	Лучевое поражение	
Лимфоцитарный	Идиопатический Иммунные механизмы Глютен Helicobacter pylori	Гастрит, ассоциированный с целиакией
Гранулематозный	Болезнь Крона Саркоидоз Гранулематоз Вегенера Инородные тела Идиопатический	Изолированный гранулематоз
Эозинофильный	Пищевая аллергия Другие аллергены	Аллергический
Другие инфекционные	Бактерии (кроме Нр) Грибы Паразиты	
Гигантский гипертрофический	Болезнь Менетрие	

### Классификация хронического гастродуоденита:

В педиатрической практике чаще используется классификация А.В. Мазурина и соавт., 1994 с дополнениями [10].

**I. По происхождению:**

- первичный;
- вторичный.

**II. По наличию инфицированности *H. pylori*** (НР-ассоциированный, неассоциированный).

**III. По распространенности патологического процесса:**

- гастрит: ограниченный (антральный, фундальный), распространенный;
- дуоденит: ограниченный (бульбит), распространенный.

**IV. По морфологическим формам поражения желудка и двенадцатиперстной кишки:**

- *Эндоскопически*: поверхностный, гипертрофический, эрозивный, геморрагический, субатрофический, смешанный.
- *Гистологически*: поверхностный, диффузный (без атрофии, субатрофический, атрофический)

**V. По характеру кислотообразующей и секреторной функции желудка:** с повышенной функцией, с сохраненной функцией, с пониженной функцией.

**VI. Дуоденогастральный рефлюкс** (есть, нет).

**VII. Фазы заболевания:** обострение, неполная клиническая ремиссия, полная клиническая ремиссия, клинико-эндокопически-морфологическая ремиссия (выздоровление).

*Примечание:* при отсутствии гистологических данных морфологическая характеристика гастродуоденита опускается.

**10. Диагностические критерии:**

**10.1 Жалобы и анамнез:**

**Жалобы:**

- характер боли: ранняя (при гастрите) или поздняя (при дуодените);
- локализация боли – в эпигастральной и пилородуоденальной областях, возможна иррадиация в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку;
- диспепсический синдром (отрыжка, изжога, тошнота, снижение аппетита, редко – рвота).

**Анамнез:**

- отягощённая наследственность по гастродуоденальной патологии;
- характер питания (нарушение режима питания, злоупотребление острой, копченой, жареной пищей, газированных напитков и сухоедение);
- прием лекарств (глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики);
- выявление стрессовых факторов в окружении ребенка;
- наличие очагов хронической инфекции: тонзиллиты, гаймориты, холециститы, кариозные зубы, туберкулез.

#### **Клинические критерии:**

- характер боли:
- при гастрите: боль ранняя;
- при дуодените: поздняя, возникающая натощак, спустя 1,5-2 ч после приёма пищи или ночные боли;
- болезненность в эпигастральной, пилорoduоденальной и в области пупка;
- метеоризм, урчание и ощущение «переливания» в животе.

**Атрофический гастрит** чаще аутоиммунного генеза, сопровождается атрофией СОЖ, анацидностью, гипергастринемией и пернициозной анемией, у детей практически не встречается и/или протекает бессимптомно. Атрофический (аутоиммунный) гастрит подтверждается определением специфических антипариетальных аутоантител к фактору Кастла и витамина В12 в сыворотке крови.

#### **10.2 Физикальное обследование:**

- умеренно выраженные симптомы хронической интоксикации и вегетативные нарушения: слабость, утомляемость, головная боль, нарушение сна, локальный гипергидроз;
- при пальпации: болезненность в эпигастральной, пилорoduоденальной и в области пупка;

#### **10.3 Лабораторные исследования [9,10]:**

- **Методы исследования для диагностики *H. Pylori*:** неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (ХЕЛИК-тест); определение суммарных антител к *H. pylori* в сыворотке крови ИФА-методом; ПЦР методом; гистологическое исследование, бактериологическое исследование с определением чувствительности *H. pylori* к антибиотикам.
- **Копрограмма:** симптомы нарушенного пищеварения (определение нейтрального жира, непереваренных мышечных волокон), скрытая кровь в кале (гемокульт-тест) экспресс методом может быть положительным.
- **Дуоденальное зондирование:** повышение/снижение рН желудочного сока, возможно обнаружение лямблий [6,10].

#### **10.4 Инструментальные исследования:**

**ФЭГДС:** отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.;

#### **Эндоскопические маркёры и варианты хронического гастрита:**

- поверхностный гастрит: гиперемия, отёк слизистой оболочки желудка;
- эрозивный гастрит: эрозии, гиперплазия или атрофия складок слизистой оболочки желудка;
- геморрагический гастрит: кровоизлияния в слизистую оболочку желудка;
- рефлюкс-эзофагит: дуоденогастральный рефлюкс.

#### **Топографические виды хронического гастрита:**

- антральный гастрит;
- фундальный гастрит;
- пангастрит.

### **11. Диагностические исследования:**

#### **11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ);
- неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (дыхательные тесты с регистрацией продуктов жизнедеятельности *H. pylori* (углекислый газ, аммиак) в выдыхаемом воздухе ; ХЕЛИК-тест);
- определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* (HP) в сыворотке крови ИФА-методом;
- УЗИ органов брюшной полости;
- обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом;
- исследование кала (копрограмма).

#### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- обнаружение *Helicobacter pylori* в биологическом материале методом ПЦР;
- гистологическое исследование биоптата СОЖ и ДПК на *H.pylori*;
- биохимический анализ крови (определение сывороточного железа, определение щелочной фосфатазы);
- ФЭГДС;
- ЭКГ;
- исследование кала на гельминты и простейшие;
- исследование перианального соскоба.

#### **11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа**

в области здравоохранения.

#### **11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**

- ОАК – 1 раз в 10 дней;
- ОАМ – 1 раз в 10 дней;
- биохимический анализ крови (определение билирубина, щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ);
- ФЭГДС;
- неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (дыхательные тесты с регистрацией продуктов жизнедеятельности *H. pylori* (углекислый газ, аммиак) в выдыхаемом воздухе ; ХЕЛИК-тест);
- определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* в сыворотке крови ИФА-методом;
- УЗИ органов брюшной полости;
- обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом;
- исследование кала (копрограмма);

#### **11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):**

- дуоденальное зондирование;
- биохимический анализ крови (определение общего белка, белковых фракций, альфа-амилазы);
- определение фолатов (витамина В 12) методом иммунохемилюминисценции;
- ЭКГ;
- суточная рН метрия эндоскопическим методом.

#### **Дополнительные методы для диагностики *H. pylori*:**

- бактериологическое определение *Helicobacter pylori* и выявление его чувствительности к лекарствам и антибиотикорезистентности
- гистологическое исследование биоптата СОЖ и ДПК - морфологический метод: определение микроорганизмов в препарате слизистой оболочки при специальных окрасках (по Гимзе, толуидиновым синим, Генте, Вартину-Старру);
- уреазный экспресс-тест (определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки путем помещения его в жидкую гелеобразную среду, содержащую субстрат, буфер и индикатор);
- обнаружение *Helicobacter pylori* в биологическом материале (биоптате) методом ПЦР
- stool-test (определение антигена *H. pylori* в кале).

#### **12. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации: (плановая, экстренная)[2,3]:**

**Показания для экстренной госпитализации:**

- остро возникший болевой синдром и диспепсия.

**Показания для плановой госпитализации:**

- признаки обострения заболевания (болевой синдром, диспепсия);
- неэффективность амбулаторного лечения;
- частые рецидивы заболевания.

**12.1 Показания для консультации узких специалистов:**

- консультация ЛОР – выявление хронических очагов инфекции и их санация;
- консультация стоматолога – выявление хронических очагов инфекции и их санация;
- консультация невролога – при выраженных психосоматических расстройствах;
- консультация психолог/психотерапевт – психологическая поддержка ребенка и родителей, нормализация психологического микроклимата среды проживания ребенка;
- консультация врач-физиотерапевт – для назначения физиотерапии в составе комплексного лечения;
- консультация хирурга – при выраженном болевом синдроме в животе.

**12.2 Дифференциальный диагноз:**

<i>Заболевания</i>	<i>Клинические критерии</i>	<i>Лабораторные показатели</i>
Хронический холецистит	Боли в правом подреберье, болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря, субфебрилитет или периодические подъемы температуры до фебрильных цифр, интоксикация	В крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ. При УЗИ - утолщение стенки желчного пузыря, хлопья слизи в нем, застой желчи, периваскулярная реакция.
Хронический панкреатит	Локализация боли слева выше пупка с иррадиацией влево, может быть опоясывающая боль	Повышение амилазы в моче и крови, активность трипсина в кале, стеаторея, креаторея. По УЗИ – увеличение размеров железы и изменение ее эхологической плотности
Хронический энтероколит	Локализация боли вокруг пупка или по всему животу, уменьшение их после дефекации, вздутие живота, плохая переносимость молока, овощей фруктов, неустойчивый стул	В копрограмме – амилорея, стеаторея, креаторея, слизь, возможны лейкоциты, эритроциты, признаки дисбактериоза.

	отхождение газов	
Язвенная болезнь	Боли «преимущественно» поздние, через 2-3 часа после еды. Возникают остро, внезапно, болезненность при пальпации резко выражена, определяется напряжение брюшных мышц, зоны кожной гиперестезии, положительный симптом Менделя.	При эндоскопии – глубокий дефект слизистой оболочки окруженный гиперемизированным валом, могут быть множественные язвы.

### 13. Цели лечения:

- эрадикация *Helicobacter Pylori*;
- нормализация секреторно-моторной деятельности желудка;
- нормализация репаративных свойств и морфологического состояния СОЖ и ДПК

### 14. Тактика лечения [1,2, 4-11]:

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных, вне обострения и /или нетяжелом уровне заболевания рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае осложненной клинической картины и/или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о стационарном лечении.

Эффективность терапии при хроническом гастрите и дуодените зависит от эрадикации *Helicobacter pylori* инфекции.

#### 14.1 Немедикаментозное лечение

##### Диета:

- диета №1А на 5-7 дней: молоко (при переносимости), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли;
- диета №1Б на 14 дней: с расширением диеты – сухари, мясо, рыба, каши протертые, супы из круп на молоке, соль в умеренном количестве;
- диета №1: с соблюдением принципа механического и химического щажения;
- диета №4 (безмолочная диета) – если ребенок получает коллоидный висмут трикалия дицитрат;
- диета №2 – при ХГД с секреторной недостаточностью;
- при повышенной кислотности используют продукты с высокой буферностью (молоко, блюда из овсянки, варёная говядина, телятина).

Длительность щадящей диеты зависит от эффективности терапии, при улучшении состояния диету расширяют. В стадии клинико-лабораторной ремиссии рекомендуется чередование диет №5 и №15 с исключением плохо переносимых продуктов.

Питание дробное, 5-6 раз в сутки. Хороший эффект оказывает включение в рацион пищевых волокон (пшеничные отруби в суточной дозе (возраст+5г) в течение одного месяца).

Лечебно-охранительный режим.

## **14.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном и стационарном уровне [1,2,3,4,6].**

### **Основные лекарственные средства:**

• *Ингибиторы протонной помпы* (омепразол, лансопразол, эзомепразол) – антисекреторные лекарственные препараты для лечения кислотозависимых заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода за счёт блокирования протонной помпы (Н<sup>+</sup>/К<sup>+</sup>-АТФазы) обкладочных (париетальных) клеток слизистой оболочки желудка и уменьшения, таким образом, секреции соляной кислоты. Все ИПП являются производными бензимидазола и имеют близкое химическое строение. Механизм действия различных ИПП одинаков, они различаются, в основном, своей фармакокинетикой и фармакодинамикой. Препаратом первой линии является омепразол. Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола. Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.

*Цитопротекторы* (сукральфат, висмута трикалия дицитрат, висмута субгаллат) – оказывает гастро-протективное действие. В кислой среде желудочно-кишечного тракта Висмута трикалия дицитрат образует на поверхности язв и эрозий защитную пленку, которая способствует их рубцеванию и предохраняет от воздействия желудочного сока, оказывает бактерицидное действие на *Helicobacter pylori* и потенцирует антихеликобактерное действие антибиотиков.

*Прокинетики* (домперидон) – назначаются с целью нормализации двигательной функции двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей.

*Блокаторы М-холинорецепторов* (гиосцин бутилбромид, платифиллин) – предназначены для снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции пищеварительных желез.

*Блокаторы Н<sub>2</sub>рецепторов гистамина* (ранитидин, фамотидин) – антисекреторные препараты, предназначены для блокирования Н<sub>2</sub>-рецепторов (гистаминовых) обкладочных клеток СОЖ и снижения продукции и поступления соляной кислоты в просвет желудка.

*Вегетотропные препараты* (микстура Павлова, настой корня валерианы) предназначены для устранения вегетативных расстройств.

*Панкреатические ферменты* назначаются при экскреторной недостаточности поджелудочной железы, после стихания остроты процесса.

### **Схемы для эрадикационной терапии первой линии:**

*Трехкомпонентная терапия (одна из этих схем):*

- ИПП (омепразол или лансопразол или эзомепразол) + амоксициллин+кларитромицин;
- ИПП+амоксициллин+имидазол (метронидазол, тинидазол);

- Соли висмута+амоксициллин+имидазол.

Продолжительность трехкомпонентной терапии – 10 дней.

Соблюдение терапии и побочные эффекты должны контролироваться.

Терапия **второй линии (квартотерапия)** назначается в случае неэффективности препаратов первой линии с дополнительным включением коллоидного субцитрата висмута (висмута трикалия дицитрат).

Таблица 1. Трехкомпонентная терапия для эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*:

<i><b>МНН</b></i>	<i><b>Терапевтический диапазон</b></i>	<i><b>Курс лечения</b></i>
Омепразол	-от 1 мес до 2 лет 700мг/кг 1раз в день, при необходимости до 3 мг/кг (максимально 20мг); - дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день - дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день, при необходимости 40мг.	10 дней
Амоксициллин	- суточная доза 20-30мг/кг (max 1000 мг) в возрасте от 2 до 5 лет разовая доза- 125 мг; в возрасте 5-10 лет разовая доза - 250 мг; для взрослых и детей старше 10 лет (с массой тела более 40 кг) разовая доза - 250-500 мг. Интервал между приемами 8 ч.	10 дней
Кларитромицин	Для детей суточная доза составляет 15 мг/кг/сут в 2 приема (max-500 мг) Для взрослых и детей старше 12 лет разовая доза составляет 250 мг-1 г (max 1г), 2 раза в сутки.	10 дней

Таблица 2 – Дополнительные лекарственные средства:

Применяются в составе эрадикационных схем терапии и для лечения сопутствующих гастроэнтерологических симптомов.

<i><b>МНН</b></i>	<i><b>Терапевтический диапазон</b></i>	<i><b>Курс лечения</b></i>
Ранитидин	- внутрь 2-4 мг/ кг 2 раза в сутки (максимально-300 мг /сутки)	10 дней
Фамотидин	- внутрь детям с массой тела более 10 кг 1-2 мг/кг 2 раза в сутки; - детям старше 12 лет 20 мг 2 раза в сутки.	10 дней
Домперидон	- детям старше 5 лет - 5 мг 2 раза в сутки; - старше 10 лет – 10 мг за 20-30 мин до еды 2 раза в сут;	10 дней
Метронидазол	Детям до 1 года - по 125 мг/сут., 2-5 лет - по 250 мг/сут., 5-8 лет - по 375 мг/сут.,	5 дней

	старше 8 лет - по 500 мг/сут. (в 2 приема).	
Висмута трикалия дицитрат	Детям от 4 до 8 лет — в дозе 8 мг/кг/сут в 2 приема. детям от 8 до 12 лет – 120 мг 2 раза в сутки; детям старше 12 лет – 120 мг 4 раза в сутки (за 30 мин до еды и перед сном) или 240 мг 2 раза в сутки;	2 недели, в течение следующих 8 недель не следует применять препараты, содержащие висмут; повторный курс – через 8 недель.
Гиосцин бутилбромид	- 10 мг 3 раза в сутки за 20-30 мин. до еды или внутримышечно до ликвидации болевого синдрома.	
Платифиллин	- в разовых дозах: 1-5 лет – 0,015 мл/кг, 6-10 лет – 0,0125 мл/кг, 11-14 лет – 0,01 мл/кг.	
Панкреатические ферменты	10 000 по липазе 3 раза во время еды, в течение.	2 недели

При появлении НР-бактерии в организме больного через год после окончания лечения ситуацию следует расценивать как рецидив инфекции, а не как реинфекцию. При рецидиве инфекции необходимо применение более эффективной схемы лечения.

#### 14.5 Профилактические мероприятия

- **Первичная профилактика** включает мероприятия, направленные на нормализацию функций пищеварительной системы и организма в целом: режим и лечебное питание, отказ от вредных привычек, обследование на гельминтозы, санация полости рта.
- **Вторичная профилактика** предусматривает противорецидивную терапию. Проводится в периоды, предшествующие предполагаемому обострению и включает диетическое питание в соответствии с клинко-эндоскопической стадией воспалительного процесса в СОЖ желудка и ДПК, лечебную физкультуру, водные процедуры, повышение физической активности, закаливание, советы родителям по оздоровлению обстановки дома и в школе [8,9].

#### 14.6 Дальнейшее ведение [8]:

- Частота осмотров педиатром – 1 раз в квартал в течение первого года диспансерного наблюдения, далее при стойкой ремиссии – 2 раза в год.
  - Осмотры отоларинголога, стоматолога – 2 раза в год.
- В период обострения проводится медикаментозное лечение.
- Осмотр гастроэнтеролога 2 раза в год (в осенне-весенний период) и назначение противорецидивных курсов терапии «по требованию» при возникновении тех или иных симптомов заболевания.

- ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, амилаза) – 2 раза в год.
- ФЭГДС с биопсией – при наличии медицинских показаний.
- ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости – при наличии медицинских показаний.

#### **15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе**

- достижение клиничко-эндоскопической ремиссии;
- эрадикация *H. pylori* инфекции.

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА**

#### **16. Список разработчиков:**

1. Орынбасарова К.К. – д.м.н., заведующая кафедрой детских болезней РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».
2. Оспанова З.М. – к.м.н., доцент, главный внештатный специалист МЗ РК, Национальный координатор по стратегии ИВБДВ АО «Национальный научный центр материнства и детства».
3. Мырзабекова Г.Т. – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии РГП на ПХВ «Алматинский государственный институт усовершенствования врачей».
4. Худайбергенова М.С. – клинический фармаколог АО «Национальный научный медицинский центр»

#### **17. Конфликт интересов:** отсутствует.

#### **18. Рецензент:**

Аталыкова Г.Т. – д.м.н, профессор кафедры общей врачебной практики №2 АО «Медицинский университет Астана».

**19. Условия пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

#### **20. Список использованной литературы:**

1. Evidence-based Guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for *Helicobacter pylori* infection in children //JPGN. – 2011.-vol. 53, №2.-p. 230-243.
2. Щербаков А.П., Щербаков П.Л. Ведение хеликобактерной инфекции у детей: научно обоснованные рекомендации ESPGHAN и NASPGHAN //Лечащий врач.- 2011.-№6.-с. 5-15.
3. Практическое руководство по детским болезням. Под общей редакцией проф. В. Ф. Коколиной и А. Г. Румянцева. Том II. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С. В. Бельмера, А. И. Хавкина, П. Л. Щербакова. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Медпрактика-М. 2010.

4. Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Дроздовская Н.С. Медикаментозная терапия язвенной болезни у детей //Лечащий врач.-2006.-№1.-с.26-29.
5. Koletzko S., Richy F., Bontems P. et al. Prospective multicenter study on antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* strains obtained from children living in Europe //Gut.2006; 55 (12):1711-1716.
6. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report //Gut. 2007.–Jun; 56 (6):772-781.
7. Корниенко Е.А. Лечение инфекции *Helicobacter pylori* у детей: лекция для врачей-педиатров //Санкт-Петербург, 2009. – с.39.
8. Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы: учебно-методическое пособие//Санкт-Петербург, 2011– с.26-36.
9. Drumm B., Koletzko S., Oderda G. *Helicobacter pylori* infection in children: A consensus statement //J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000; 30:207-213.
10. Gold B., Colletti R. B., Abbott M., Czinn S., Elitsur Y., Hassall E. et al. Medical Position Paper: The North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition: *Helicobacter pylori* infection in children: Recommendations for diagnosis and treatment //J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000; 31: 490–497.
11. Маев И.В., Самсонов А.А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H.pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3) //Consilium Medicum. Гастроэнтерология. – 2006. – Том 08. – № 1.