

И.А. Жданова¹, Л.С. Намазова², А.Г. Ильин²¹ Детская краевая клиническая больница, Краснодар² Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Распространённость болезней органов пищеварения и эффективность эрадикационной терапии при хеликобактерной инфекции у детей

В СТАТЬЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ *H. PYLORI*-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *H. PYLORI*, РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ЛЕЧЕНИЕ, ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ, ДЕТИ.

44

Контактная информация:

Намазова Лейла Сеймуровна,
доктор медицинских наук, профессор,
главный врач консультативно-
диагностического центра
Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62
тел. (495) 134-03-92
Статья поступила 12.05.2006 г.,
принята к печати 27.07.2006 г.

Болезни органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре соматической патологии у детей и представляют собой серьёзную медико-социальную проблему ввиду высокой распространённости. Их частота встречаемости за последние 10 лет среди детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 30%, среди 15–17-летних — на 44% [1]. Причём среди детей старшего подросткового возраста этот показатель на 10% выше, чем в других возрастных группах. В структуре болезней органов пищеварения преобладают хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта. Результаты эпидемиологических исследований, проведённых в нашей стране, показали широкую распространённость этих заболеваний, особенно, в регионах с высоким уровнем антропогенного загрязнения [1].

В настоящее время признано, что ведущим этиологическим фактором патогенеза хронического гастрита и язвенной болезни является *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [1–3]. По данным отечественных и зарубежных авторов, в детском возрасте с *H. pylori*-инфекцией ассоциировано 60–80% случаев гастрита и 88–100% случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [4–6]. В России уровень инфицированности детей хеликобактериями находится в пределах 60–70% и увеличивается с возрастом [6].

В соответствии с современными представлениями лечение хеликобактерной инфекции должно быть экономически доступным для больного, хорошо переноситься, а эффективность терапии должна составлять не менее 80% [7, 8].

В настоящее время предложены разные схемы эрадикационной терапии *H. pylori*-ассоциированных заболеваний у детей, имеющие в основе препараты висмута и блокаторы протонной помпы [7]. При использовании этих схем лечения частота эрадикации *H. pylori*-инфекции составляет от 50 до 96%. Однако достижение эффективной

I.A. Zhdanova¹, L.S. Namazova², A.G. Ilyin²¹ Krasnodar region Children's clinical hospital, Krasnodar² Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Prevalence of gastrointestinal tract diseases and efficacy of eradication therapy for *H. pylori* infection in children

PREVALENCE OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT PATHOLOGY AND ESTIMATIONS OF CLINICAL AND PHARMACOECONOMIC EFFICACY OF DIFFERENT ALGORITHMS OF THERAPY FOR *H. PYLORI*-ASSOCIATED DISEASES IN CHILDREN DWELLING IN KRASNODAR REGION ARE PRESENTED IN THIS ARTICLE.
KEY WORDS: *H. PYLORI*, PREVALENCE, TREATMENT, ERADICATION THERAPY, CHILDREN.

эрадикации *H. pylori* становится все более трудной задачей из-за быстро растущей устойчивости возбудителя к антибактериальным препаратам [8]. Длительные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что даже при длительном лечении у 25–30% больных не удается достичь стойкой ремиссии. Несмотря на значительную распространенность *H. pylori*-ассоциированной патологии желудка и двенадцатиперстной кишки среди детей, в нашей стране до настоящего времени отсутствует научно обоснованный организационный подход для формирования групп детей высокого риска развития заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, а также экономических и клинических критериев выбора схем терапии, алгоритмов диспансерного наблюдения. Цель исследования — определить распространенность болезней органов пищеварения, обосновать подходы к диагностике и оценить эффективность лечения и диспансерного наблюдения детей Краснодарского края с хроническими *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

На первом этапе работы проводилось эпидемиологическое исследование по изучению распространенности и структуры заболеваний органов пищеварения у детей Краснодарского края и Южного Федерального округа. Анализировались данные официальной статистической отчетности (форма № 12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»), материалы ГУЗ МИАЦ Департамента здравоохранения Краснодарского края и ФГУ ЮОМЦ Росздрава (г. Ростов-на-Дону). Для выявления возможного негативного влияния степени загрязнения окружающей среды и экологической ситуации на этом же этапе проведен анализ данных Государственного комитета природных ресурсов, содержащих сведения о санитарно-гигиенической обстановке в каждом районе Краснодарского края.

Второй этап включал целенаправленное обследование 3032 детей в возрасте от 4 до 18 лет с различными заболеваниями органов пищеварения из всех районов Краснодарского края. Использовались клинические, лабораторные, эндоскопические, ультразвуковые методы обследования. Диагностическое обследование проводилось в консультативно-поликлиническом отделении ДККБ и Консультативно-диагностическом центре НЦЗД РАМН. Зависимость частоты и структуры болезней органов пищеварения от экологической ситуации устанавливалась на основании сопоставления числа больных детей, проживающих в районах края с различной степенью антропогенного загрязнения. Согласно официальным данным, 47 муниципальных образований Краснодарского края по экологическому состоянию окружающей среды делятся на районы с экологически благоприятным состоянием (10 районов), экологически условно благоприятным (19 районов) и экологически неблагоприятным состоянием (18 районов). Это деление происходит, в основном, на основании анализа двух факторов: загрязнения почвы пестицидами и открытых водоемов неочищенными сточными водами. При этом плотность населения обратно пропорциональна степени загрязнения района. Так, самая низкая плотность населения отмечается в районах с экологически благоприятным состоянием окружающей среды (27,7 чел./км²), значительно выше — в экологически условно благоприятных (51,7 чел./км²) и неблагоприятных (60,7 чел./км²) районах. На втором этапе работы анализировалась также связь болезни органов пищеварения у ребенка с наследственным фактором — наличием патологии желудочно-кишечного тракта у родителей.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) проведена у всех пациентов до лечения, через 4–6 нед, а у 46 пациентов — через 6 месяцев после окончания курса эрадикационной те-

рапии. Кроме того, всем детям проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, лабораторные исследования (общий и биохимический анализ крови, ИФА маркеров гепатита, общий анализ мочи, программа) и выявление *H. pylori* инвазивным и неинвазивным методом (быстрым уреазным тестом и определением ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР).

Для дальнейшего проведения исследования (третий этап) было отобрано 90 детей подросткового возраста (от 12 до 17 лет) с диагнозом: гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь, ассоциированные с *H. pylori*, которым проводилось лечение и контроль его эффективности в условиях гастроэнтерологического отделения Детской краевой клинической больницы. На этом этапе проводилось анкетирование по оригинальной разработанной анкете «Клинико-anamnestическая характеристика пациента с заболеванием верхнего отдела желудочно-кишечного тракта» и анализ клинико-лабораторных и инструментальных данных. Анкета, наряду с *anamnesis morbi, vitae*, отражала жалобы на момент обследования, содержала вопросы, характеризующие социально-бытовые условия жизни ребенка, социальный статус родителей, материальное положение семьи. Для оценки эффективности эрадикационной терапии тремя методами все пациенты (90 детей) были случайным образом распределены на 3 группы по 30 человек.

Первая группа получала следующую терапию: омепразол, кларитромицин и амоксициллин (Словения). Вторая группа — те же антибактериальные препараты и омепразол ((Индия) и третья — два антибактериальных препарата и эзомепразол (табл. 1).

Продолжительность лечения составила 7 дней. Дозы препаратов назначали в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у детей, принятыми на IX Съезде педиатров России (февраль 2001 г., Москва).

Проведен фармакоэкономический анализ трех вышеуказанных схем эрадикационной терапии. Наиболее приемлемыми с экономической точки зрения считался вариант лечения, который характеризовался наименьшими затратами на единицу эффективности.

При проведении фармакоэкономического анализа определяли соотношение «затраты-эффективность» (*cost-effectiveness analysis, CEA*) по формуле, модифицированной следующим образом: $CEA = DC : Ef$, где: *CEA* — соотношение «затраты-эффективность» (показывает затраты, приходящиеся на единицу эффективности), *DC* — (*direct costs*, прямые затраты) — суммарная стоимость лекарственных препаратов на 7-дневный курс лечения, *Ef* — (*effectiveness*, эффективность лечения) — процент детей, у которых не определяли *Hp* через 4–6 нед после завершения курса лечения. Информация о ценах на лекарственные препараты была получена из Северо-Кавказской лаборатории информационных технологий (СКЛИТ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На 01.01.2005 г. в Краснодарском крае проживало 1 062 873 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет включительно

Таблица 1. Схемы антихеликобактерной терапии, используемые в лечении подростков с хроническими *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями

Группы детей	Схема эрадикационной терапии	Число пациентов (n = 90)
1	омепразол + кларитромицин + амоксициллин	30
2	омепразол + кларитромицин + амоксициллин	30
3	эзомепразол + кларитромицин + амоксициллин	30

(20,8% всего населения). За период с 2000 по 2004 гг. показатель общей заболеваемости среди детей в возрасте до 14 лет включительно увеличился на 13,2% (с 1493,7 до 1691,4 на 1000 детей соответствующего возраста), среди 15–17-летних — на 21,4% (с 1002,3 до 1217,2 на 1000). На основании анализа данных официальной статистической отчётности также установлено, что среди детей до 14 лет наиболее значительно возросла распространённость болезней органов пищеварения на 37,2%, (121,7 и 167 на 1000 детей) соответственно. В структуре заболеваемости данный класс болезней занял второе ранговое место. Частота патологии органов пищеварения среди детей старшего подросткового возраста увеличилась на 8% (со 103,1 до 107,9 на 1000 детей). В структуре общей заболеваемости они стали занимать третье ранговое место (9,1%).

Амбулаторно в ДККБ обследовано 3032 ребёнка в возрасте от 4 до 17 лет включительно с подозрением на наличие различных заболеваний органов пищеварения. По результатам обследования проведён анализ обратившихся детей в зависимости от возраста и экологического состояния района проживания, выявивший, что самой многочисленной группой среди больных оказались дети в возрасте от 15 до 17 лет включительно — 49,1%. Самой малочисленной — дети дошкольного возраста — 1,8%. Почти по 25% пришлось на детей младшего и среднего школьного возраста. Нами выявлено, что обращаемость детей в связи с болезнями органов пищеварения коррелирует с экологическим состоянием района проживания. Большинство детей с заболеваниями органов пищеварения проживало в районах с экологически неблагоприятным состоянием окружающей среды (46,4%). Из условно благоприятных районов было 30,5% пациентов, из экологически благоприятных районов — всего 23,0% пациентов.

Структура заболеваний органов пищеварения также зависела от состояния окружающей среды. На территориях края с низким уровнем загрязнения окружающей среды патология была представлена, в основном, функциональными расстройствами желудка (21,24%) и заболеваниями желчевыводящих путей (24,1%). В районах с высоким уровнем загрязнения отмечалось преобладание хронических гастродуоденитов (30%) и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (24,5%).

Анализ частоты встречаемости патологии верхних отделов ЖКТ у родителей детей, включённых в исследование, показал, что у 75,8% пациентов родители также страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Из них в 47,2% случаев анамнез был отягощён только по линии матери, в 15% случаев — по линии отца, и у 37,8% детей анамнез был отягощён со стороны обоих родителей (рис. 1).

Из числа наблюдаемых нами пациентов 160 детей имели хронические заболевания верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. В данной группе хронический гастрит диагностирован у 13 (8,1%) детей, хронический гастродуоденит — у 109 (68,1%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 38 (23,8%) пациентов. Уровень инфицированности *H. pylori* составил 74% (118 чел). Детей в возрасте (12–17 лет) было 90 человек. Эти 90 подростков с диагнозами гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь, ассоциированные с *H. pylori*, и составили исследуемую группу. Средний возраст появления первых симптомов поражения желудочно-кишечного тракта составил $5,1 \pm 2,4$ года.

При поступлении все 90 пациентов наиболее часто жаловались на боли в животе тупого характера, возникающие как до, так и после приёма пищи, тошноту (82,2%), отрыжку (40%), снижение аппетита (87,8%), неустойчивый стул (42,2%). Болезненность при пальпации живота отмечалась практически у всех (97,8%) детей, наиболее часто — в эпигастриальной (80%) и пилородуоденальной областях (56,7%).

Рис. 1. Частота выявления патологии ЖКТ у родителей пациентов, включённых в исследование, %



При эндоскопическом исследовании у всех детей при поступлении были выявлены воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (отёк, гиперемия, гиперсекреция) разной степени выраженности. Дефекты слизистой оболочки в виде единичных и множественных эрозий были выявлены в желудке у 25,6%, в двенадцатиперстной кишке — у 26,6% пациентов. У 28,9% детей диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. У 21,1% обследованных обнаружена лимфофоликулярная гиперплазия (ЛФГ). Функциональные нарушения были представлены гастроэзофагеальным (10%) и дуоденогастральным рефлюксом (48,9%). С помощью быстрого уреазного теста у всех детей выявляли *H. pylori*. До лечения все группы были сопоставимы по изучаемым клиническим и эндоскопическим показателям. Эффективность эрадикационной терапии у детей с хроническими *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями мы оценивали на основании выраженности клинко-эндоскопической картины, а также результатов инвазивных и неинвазивных тестов на *H. pylori* через 4–6 нед после завершения лечения.

Через 4–6 нед после проведения курса эрадикационной терапии, независимо от используемой схемы лечения, произошло статистически достоверное ($p < 0,05$ — $p < 0,001$) уменьшение общего числа жалоб и частоты ведущих симптомов (боли в животе, тошнота, отрыжка, изжога, снижение аппетита, запоры, жалобы астенического характера) по сравнению с исходными данными. Болезненность при пальпации живота после проведения эрадикационной терапии у всех детей отмечалась статистически реже, чем до лечения. По данным ЭГДС, через 4–6 нед после завершения лечения у всех пациентов с хроническими *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями сохранялись лишь отдельные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (табл. 2). Выраженность таких воспалительных изменений, как отек и диффузная гиперемия достоверно уменьшились во всех группах ($p < 0,001$). При этом после лечения отек слизистой оболочки чаще сохранялся во второй и третьей группах, чем в первой (23,3, 20 и 16,6% соответственно), равно как и диффузная гиперемия (10, 10 и 6,7% соответственно). Во всех группах достоверно уменьшилось число детей с эрозиями желудка.

Во всех трёх группах имело место статистически достоверное уменьшение числа детей с эрозиями слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Рубцевание язвенных дефектов через 4–6 нед после окончания эрадикационной терапии отмечено у всех детей. На частоту дуоденогастрального рефлюкса не повлияла ни одна из схем терапии.

Следует отметить, что в целом наименее эффективной, с точки зрения динамики эндоскопических признаков, оказалась схема терапии, применявшаяся у детей второй группы. При её использовании не отмечено достоверного снижения частоты четырёх эндоскопических признаков поражения желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 2. Динамика частоты эндоскопических показателей у детей с хроническими *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями до и через 4–6 недель после завершения эрадикационной терапии

Эндоскопические показатели	Схемы лечения					
	1 группа (n = 30)		2 группа (n = 30)		3 группа (n = 30)	
	До лечения	Через 4–6 нед после лечения	До лечения	Через 4–6 нед после лечения	До лечения	Через 4–6 нед после лечения
Отек слизистой оболочки желудка	19 (63,3%)	5 (16,6%)*	22 (73,3%)	7 (23,1%)*	21 (70%)	6 (20%)*
Диффузная гиперемия слизистой оболочки желудка	10 (33,3%)	2 (6,7%)*	8 (26,7%)	3 (10%)	10 (33,3%)	3 (10%)*
Эрозии слизистой оболочки желудка	8 (26,7%)	1 (3,63%)*	5 (16,6%)	2 (6,7%)	10 (33,3%)	2 (6,7%)*
Отек слизистой оболочки 12-перстной кишки	17 (56,7%)	5 (6,7%)*	18 (60%)	6 (20%)*	19 (63,3%)	6 (20%)*
Гиперемия слизистой оболочки 12-перстной кишки	30 (100%)	20 (66,7%)*	30 (100%)	22 (73,3%)*	29 (96,7%)	21 (70%)*
Язва луковицы 12-перстной кишки	10 (33,3%)	0 (0%)*	6 (20%)	0 (0%)*	10 (33,3%)	0 (0%)*

Примечание: р — достоверность различий между показателями до и после лечения в каждой группе:

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

При проведении быстрого уреазного теста и ПЦР-диагностики *H. pylori* установлено, что через 4–6 нед после завершения лечения наиболее выраженная эрадикация *H. pylori* отмечалась в 3 группе детей, получавших эзомепразол (73,3%). В 1 группе детей эрадикация *H. pylori* достигнута у 72,4%, во второй группе — у 64,3% пациентов. Невысокая частота эрадикации в исследуемых группах (64,3–73,3%), свидетельствует о недостаточной эффективности стандартных схем эрадикационной терапии. Результаты обследования детей с полной эрадикацией *H. pylori*, проведенного неинвазивными методами через 6 мес после завершения терапии, показали высокую частоту рецидивов *H. pylori*-инфекции, которые сопровождалась ухудшением клинко-эндоскопических показателей (рис. 2). Частота рецидива *H. pylori*-инфекции была наименьшей у больных из 1 группы (29,2%). Худшие результаты отмечены у больных 2 группы (37,5%). При этом различия частоты рецидивов в трёх наблюдаемых группах не были достоверными, то есть рецидив *H. pylori*-инфекции через 6 мес в меньшей степени зависел от применённой схемы эрадикации.

Для выявления факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на эффективность эрадикационной терапии при *H. pylori*-инфекции, было проведено обследование всех родителей на наличие *H. pylori*, а также были проанализированы социально-бытовые условия жизни детей и социальный статус их родителей в зависимости от результатов эрадикации. Уровень инфицированности родителей составил 61%, причем количество инфицированных матерей было выше, чем отцов.

Анализ социальных параметров жизни семей показал прямую зависимость инфицирования и реинфицирования от условий проживания (многодетные семьи, семьи, проживающие в густонаселенных квартирах или домах без достаточных бытовых удобств, неудовлетворительное ма-

териальное положение) и социального статуса родителей (табл. 3). Многие дети из группы с персистенцией *H. pylori* живут в семьях служащих (24,1%) и неработающих (34,5%), где уровень жизни невысокий.

Все эти данные подтверждают контактный путь инфицирования и реинфицирования *H. pylori* и зависимость от инфицированности родителей и социокультурного пространства, в котором живёт и воспитывается ребёнок.

Результаты фармакоэкономического анализа трёх вышеуказанных схем эрадикационной терапии представлены в табл. 4. Наиболее приемлемым с экономической точки зрения следует считать тот вариант лечения, который характеризуется наименьшими затратами на единицу эффективности в сочетании с подтвержденной клинко-эндоскопической эффективностью лечения.

Наименьшее соотношение «затраты-эффективность» выявлено при использовании схемы с омепразолом (Словения). Эта схема оказалась не только одной из наиболее эффективных с точки зрения нормализации объективных (клинических и эндоскопических показателей) и эрадикации *H. pylori* (72,4%), но и наиболее рациональной экономически, так как характеризуется наименьшими затратами (537,9 руб.) на одного пролеченного пациента.

Результаты проведенного исследования явились основой для разработки организационных подходов к ранней диагностике, эффективному лечению и диспансерному наблюдению за детьми с болезнями желудка и двенадцатиперстной кишки. Система раннего выявления болезней желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе ассоциированных с *H. pylori*, должна основываться на учёте факторов риска (экологического, семейного, социального) и необходимости (при подозрении на наличие патологии гастродуоденальной зоны) раннего проведения клинко-лабораторного и инструментального обследования.

Таким образом, можно выделить следующие факторы риска формирования хронических болезней верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей, включённых в исследование:

- наличие патологии органов пищеварения у родителей;
- наличие *H. pylori*-инфицированности у родителей и/или совместно проживающих родственников;
- наличие функциональных нарушений органов пищеварения, сопровождающихся характерными жалобами.

Среди других факторов риска следует отметить неблагоприятную экологическую ситуацию в районе проживания ребёнка, а также неблагоприятные социальные условия жизни.

Рис. 2. Частота возникновения рецидива *H. pylori*-инфекции

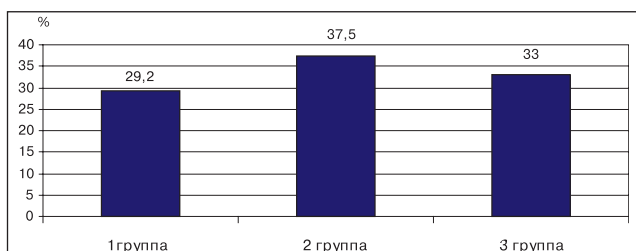


Таблица 3. Социальные характеристики условий жизни детей с эффективной и неэффективной эрадикационной терапией

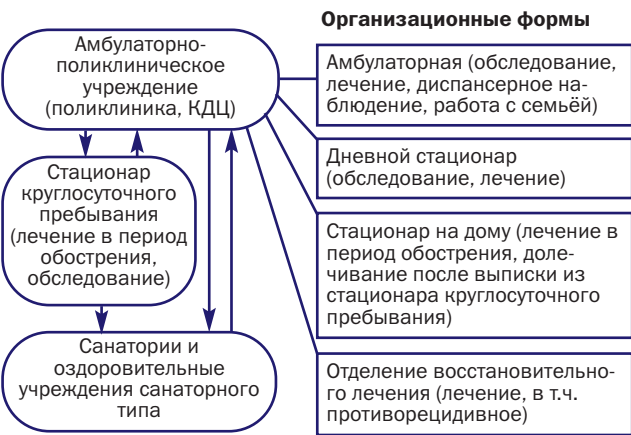
Социальные параметры	Эрадикационная терапия эффективна (n = 61)		Эрадикационная терапия неэффективна (n = 29)		Значение p
	n	%	n	%	
Неблагополучные социально-бытовые условия	8	13,1	13	44,8	p < 0,005
Социальный статус родителей:					
колхозники	24	39,3	10	34,5	p > 0,1
предприниматели	23	37,7	2	6,9	p < 0,005
служащие	6	9,8	7	24,1	p > 0,05
неработающие	8	13,1	10	34,5	p < 0,005

Таблица 4. Затратная эффективность (СЕА) различных схем эрадикационной терапии при хронических *H. pylori*-ассоциированных заболеваниях у детей

Схема эрадикационной терапии	Средняя стоимость курса лечения (руб)	Эрадикация <i>H. pylori</i> через 4–6 нед после лечения (%)	СЕА (руб.)
№ 1 омепразол (Словения) + антибиотики	389,4	72,4	537,9
№ 2 омепразол (Индия) + антибиотики	346,5	64,3	538,9
№ 3 эзомепразол + антибиотики	1069,8	73,3	1459,5

Полученные результаты позволили разработать организационный алгоритм лечения и диспансерного наблюдения детей с патологией желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе, ассоциированных с *H. pylori* (рис. 3). Основными принципами организации медицинской помощи детям с гастроэнтерологической патологией и, в частности, с *H. pylori*-ассоциированными болезнями, являются этапность оказания помощи, непрерывность и преемственность медицинского наблюдения. Очевидно, что первичная диагностика и выявление болезней органов пищеварения должны осуществляться в поликлиниках по месту жительства детей или в консультативно-диагностических центрах (консультативных поликлиниках),

Рис. 3. Этапы и организационные формы лечения и наблюдения за детьми с болезнями желудка и двенадцатиперстной кишки



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Детская гастроэнтерология. А.А. Баранов, Е.В. Климанская, Г.В. Римарчук. — М., 2002. — 592 с.

2. Аруин Л.И. Новая классификация гастрита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997. — Т. 8, № 3. — С. 82–85.

3. Корсунский А.А. Особенности хронических болезней желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori* у детей / Дис. ... докт. мед. наук. — М., 2000. — С. 200–203.

4. Drumm B., Koletzko S., Oderda G. *Helicobacter pylori* infection in children: a consensus statement. European Paediatric Task Force on *Helicobacter pylori* // J. Pediatr. Gastroenterol Nutr. — 2000. — V.30, № 2. — P. 207–213.

5. Stolte M., Meining A. The updated Sydney system: classification and grading of gastritis as the basis of diagnosis and treatment // Can. J. Gastroenterol. — 2001. — V. 15, № 9. — P. 591–598.

6. Щербаков П.Л. Вопросы педиатрической гастроэнтерологии // Русский медицинский журнал. — 2003. — Т. 11, № 3. — С. 107–112.

7. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection. Summary of the Maastricht-3 2005 Consensus Report.

8. Ивашкин В.Т. Эрадикация инфекции *H.pylori* и ремиссия язвенной болезни: однозначны ли эти состояния? / В сб. «*Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии». Ред. акад. РАМН В.Т. Ивашкина, проф. Ф. Мерго, Т.Л. Лапиной. — М., 1999. — С. 81–88.

оснащённых современной аппаратурой и лабораторным оборудованием. Стационарные койки следует использовать только для лечения болезней пищеварительной системы в период обострения и для проведения сложных диагностических процедур, требующих специального оборудования, которое не используется в амбулаторных учреждениях. Для профилактики, диагностики и лечения болезней органов пищеварения, диспансерного наблюдения за детьми, наряду с традиционными (амбулаторная диагностика, лечение и наблюдение педиатром, в отделении восстановительного лечения), необходимо широко использовать новые организационные формы работы детских поликлиник — стационарозамещающие (дневной стационар, стационар на дому). Их использование снижает нагрузку на «традиционные» стационары, значительно снижает финансовые затраты на лечение, не отрывает ребёнка от семьи. Значительное место в лечении и реабилитации детей, страдающих различной патологией пищеварительной системы, должно уделяться восстановительному и общеукрепляющему лечению в специализированных гастроэнтерологических санаториях и оздоровительных лагерях санаторного типа, находящихся, преимущественно, в подчинении субъектов Российской Федерации. Плановые целевые осмотры и обследование детей с патологией органов пищеварения в рамках диспансерного наблюдения должны осуществляться врачом-педиатром участковым с привлечением гастроэнтеролога. Кратность наблюдения — 2–4 раза в год (в зависимости от конкретного заболевания). Дети с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью, ассоциированными с *H. pylori*, должны осматриваться 3–4 раза в год с проведением инвазивного или неинвазивного контроля на инфицированность *H. pylori*.