

УДК 616.3-053.2:613.95

DOI 10.24412/2312-2935-2025-2-1-18

СПЕКТР ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Д.Н. Бегун, Н.П. Малеева, Е.В. Гаврилова, Г.Б. Кацова

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург

Введение. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей являются важной социально-экономической проблемой в связи с трудностями в диагностике, лечении и возможными осложнениями. В последние годы отмечается омоложение гастроэнтерологических заболеваний и увеличение их численности у детей. Используемые в амбулаторной практике методы диагностики хеликобактер-пилори (Н.р.) и существующие схемы терапии требуют регионального исследования с последующей коррекцией в зависимости от полученных результатов.

Цель. Определить спектр, триггерные факторы, клинические проявления основных заболеваний ЖКТ, зафиксированных на амбулаторном приеме у гастроэнтеролога, а также эффективность диагностики, проводимой терапии и частоты рецидивов у больных.

Материалы и методы. Обследовано 200 детей с различной патологией ЖКТ в возрасте от 5 до 14 лет. Всем детям проведено обследование согласно региональным амбулаторным гастроэнтерологическим стандартам. Также проведен анализ распределения больных по нозологическим формам с определением особенностей клиники, сопутствующих заболеваний, триггерных факторов. Определена диагностическая выявляемость (Н.р.) различными методами и эффективность первичного и повторного курсов эрадикационной терапии. Уровень статистической значимости различий определялся посредством критерия Хи-квадрат Пирсона. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Результаты исследования свидетельствуют, что на амбулаторном приеме чаще бывают мальчики (54%). Спектр заболеваний разнообразен, но чаще представлен гастритами (39%), гастродуоденитами (15%), а в клинической картине доминирует болевой синдром (100%), нарушение моторики кишечника (89%), а также сочетание симптомов (78%). Среди триггерных факторов определяющее влияние отводится нарушению питания (48%) и стрессам (16%), а сопутствующие заболевания представлены в основном ожирением различной степени (55%) и нарушением колонизации кишечника (16%). При первичной ФГДС с биопсией слизистой желудка у 88% детей определялся положительный тест на Н.р., у 12% - отрицательный. При повторной оценке эффективности эрадикации неинвазивными методами: уреазно - дыхательным и определением антител в кале достоверной разницы в результативности не обнаружено $p < 0,005$. Эффективность трехкомпонентной схемы эрадикационной терапии, проводимой согласно Маастрихтского Консенсуса VI, составила 86%. У 14% детей при неэффективном первоначальном курсе была использована квадротерапия. Отсутствие рецидива заболевания в течение 18 месяцев отмечались у 80% детей. Рецидивы хронической гастродуоденальной патологии в разные сроки от окончания эрадикационной терапии (20%) не зависели от проводимой терапии, а возникали при

нарушении диеты, интенсивных физических нагрузках, возобновлении курения у подростков, сохраняющейся стрессовой ситуации, при прибавке в массе тела более 10%.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют, что амбулаторный прием чаще посещают мальчики. Спектр заболеваний разнообразен, но чаще представлен гастритами, гастродуоденитами, а в клинической картине доминирует болевой синдром и сочетание симптомов. Среди триггерных факторов определяющее влияние отводится нарушению питания и стрессам, а сопутствующие заболевания представлены в основном ожирением и нарушением колонизации кишечника. Разнообразие представленных в гастроэнтерологии неинвазивных методов определения Н.р. достоверно не отличаются. Трехкомпонентная схема лечения показала высокую эффективность. Отсутствие рецидива заболевания, при наблюдении в катамнезе в течение 18 месяцев отмечались у большинства пролеченных детей.

Ключевые слова. Желудочно-кишечные заболевания, гастроэнтерология, детские болезни, состояние здоровья

THE SPECTRUM OF DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT AT AN OUTPATIENT APPOINTMENT WITH A GASTROENTEROLOGIST AT THE CHILDREN'S POLYCLINIC

D.N. Begun, N.P. Maleeva, E.V. Gavrilova, G.B. Katsova

Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Orenburg

Annotation. Diseases of the gastrointestinal tract in children are an important socio-economic problem due to difficulties in diagnosis, treatment and possible complications. One of the main problems for many decades has been the diagnosis and treatment of chronic gastritis and gastroduodenitis, both in outpatient and inpatient settings. In recent years, there has been a rejuvenation of gastroenterological diseases and an increase in their number, especially in older school-age children. Implementation of the regulations for the treatment of gastritis and gastroduodenitis in accordance with the Maachstrich Consensus V (2017) and VI (2022) cycles of triple and quadrotherapy are carried out both for adequate treatment and for the prevention of complications.

Goal. To determine the spectrum, trigger factors, and clinical manifestations of the main diseases of the gastrointestinal tract (GIT) recorded at an outpatient appointment with a gastroenterologist, as well as the effectiveness of diagnosis, therapy, and recurrence rates in patients with gastritis and gastroduodenitis.

Materials and methods. 200 children with various gastrointestinal pathologies aged from 5 to 14 years were examined. The analysis of the distribution of patients by nosological forms was carried out with the definition of clinical features, concomitant diseases, trigger factors, the diagnostic detectability of *Helicobacter pylori* (H.P.) and the effectiveness of eradication therapy were determined. All children underwent EGDS, ultrasound of internal organs, biochemistry with determination of liver and pancreatic function, determination of HP using both invasive and non-invasive methods. In case of intestinal motility disorders, a study was conducted on microbial contamination and excessive bacterial growth of the microflora. The effectiveness of primary and repeated eradication courses for chronic gastritis and gastroduodenitis, as well as relapses at various times after the end of eradication therapy, was evaluated. The level of statistical significance of the

differences was determined using Pearson's Chi-square test. The differences were considered significant at $p < 0.05$.

Results. The presented research results indicate that boys are more likely to attend outpatient appointments (52.5%). The spectrum of diseases is diverse, but it is more often represented by gastritis (39%), gastroduodenitis (15%), and the clinical picture is dominated by pain syndrome (100%), intestinal motility disorders (89%), as well as a combination of symptoms (78%). Among the trigger factors, the determining influence is attributed to eating disorders (48%) and stress (16%), and related diseases are mainly represented by grade I-II obesity (55%) and impaired colonization of the intestine (16%). Functional diseases of the gastrointestinal tract were mainly found in children of primary school age (68%). With primary FGDS with a biopsy of the gastric mucosa, 88% of children tested positive for HP, and 12% tested negative. When re-evaluating the effectiveness of eradication by noninvasive methods, a urease- respiratory test and the determination of antibodies in feces did not show a significant difference in effectiveness $p < 0.005$. All children with gastritis and gastroduodenitis, according to the Maachstrich Consensus VI, with a positive reaction to H.R. We used a three-component eradication scheme and its effectiveness was 86%. In 14% of children with an ineffective initial course of eradication therapy, a second course of treatment, quadrotherapy, was used. Absence of recurrence of the disease within 18 months was observed in 80% of children. Relapses of chronic gastroduodenal pathology at different times after the end of eradication therapy (20%) occurred with a violation of diet, intense physical exertion, the resumption of smoking in adolescents, a persistent stressful situation, and an increase in body weight of more than 10%. 8 (7.4%) patients needed scheduled hospitalization.

Conclusion. Thus, the presented research results indicate that boys are more likely to attend outpatient appointments. The spectrum of diseases is diverse, but it is more often represented by gastritis, gastroduodenitis, and the clinical picture is dominated by pain syndrome, impaired intestinal motility, and a combination of symptoms. Among the trigger factors, the determining influence is attributed to malnutrition and stress, and the associated diseases are mainly represented by obesity and impaired colonization of the intestine. Functional diseases of the gastrointestinal tract were mainly found in children of primary school age. The variety of noninvasive methods used in gastroenterology for determining HP does not differ significantly. There was no recurrence of the disease in all patients with gastritis who initially received three-component eradication therapy. The treatment strategy using three-component eradication N.R. has clear advantages over therapy with other groups of drugs, as it provides long-term remission and subsequent recovery. Relapses of the disease occurred with dieting disorders, intense physical exertion, the resumption of smoking in adolescents, the continuing stressful situation at school and at home, and an increase in body weight of more than 10%. Individual patients required routine hospitalization in a specialized department.

Keywords. gastrointestinal diseases, gastroenterology, childhood diseases, health conditions

Введение. Заболевания ЖКТ представляют важную медико-социальную проблему, которая и до сегодняшнего дня является актуальной. Одной из основных проблем на протяжении многих десятилетий являлись диагностика и лечение хронических гастритов и гастродуоденитов, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. В последние годы отмечается омоложение гастроэнтерологических заболеваний [1,2]. Каждые 10 лет заболевания ЖКТ в детском возрасте увеличиваются на 50-70%. Такой разброс связан с разными техническими возможностями диагностики, появлением резистентных к

эрадикационной терапии штаммов *H.p.* [1,2]. На сегодняшний день однозначно установлено, что гастриты, гастродуодениты, язвенная болезнь обусловлены инфекцией *H.p.* [3,4]. В гастроэнтерологии последних лет представлены результаты лечения гастритов и гастродуоденитов различными эрадикационными схемами с анализом их положительного (быстрый эрадикационный эффект, нет рецидивов болезни) и отрицательного (затруднения в выборе терапии при обострении процесса, изменение микрофлоры желудка и кишечника) влияния на организм ребенка [5,6]. По результатам Российских исследований [7,8] резистентность *H.p.* к кларитромицину составила 10,39%, метронидазолу - 33,95%, амоксициллину - 1,35%, двойная резистентность к сочетанному применению кларитромицина и метронидазола зарегистрирована в 2,37% случаев. Согласно Маастрихт V (2022г) с позиций доказательной медицины сформулировано, что инфекция *H.p.* всегда вызывает гастрит и гастродуоденит независимо от симптомов или осложнений. Консенсус подтвердил целесообразность диагностики *H.p.* и эрадикационной терапии как основного стандарта лечения не только для профилактики осложнений, но и для предотвращения рецидивов хронического гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни. Материалы Маастрихт VI /Флорентийского Консенсуса/ подтвердили, что основной базисной схемой эрадикационной терапии является классическая трехкомпонентная схема, состоящая из ИПП и двух антибиотиков: амоксициллина и кларитромицина в возрастных дозах, в течение 14 дней. При неэффективности трехкомпонентной схемы может быть использована оптимизированная тройная терапия и квадротерапия [9,10]. Длительное персистирование *H.p.* нарушает микроэкологию пищеварительного тракта, а антихеликобактерная терапия с обязательным применением антибиотиков приводит к колонизации слизистой оболочки ЖКТ патогенной и условно-патогенной микрофлорой [9]. Способы повышения эффективности эрадикационной терапии представлены в Маастрихт VI (2022г), где доказано, что некоторые пробиотики снижают частоту побочных эффектов. Имеются убедительные данные в пользу эрадикации *H.p.* рядом штаммов *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* и *S.bouardii*. Таким действием обладает препарат Хелинорм, уникальный механизм действия которого связан со штаммом *Lactobacillus reuteri* DSM 17 648, который взаимодействует с *H.p.* и применяется у детей с 6 лет [11,12]. Разнообразие схем эрадикационной терапии, включающих в себя применение нескольких антибактериальных препаратов, с серьезными побочными эффектами, свидетельствует о том, что необходимо искать альтернативные пути решения этой проблемы. Принципы диагностики и лечения гастроэнтерологической

патологии с позиций доказательной медицины, сформулированные в серии Маастрихтских Консенсусов являются основой Российских национальных рекомендаций [12]. Согласно материалам 28-й Объединенной Российской гастроэнтерологической недели (2022г). общими мерами, повышающими эффективность эрадикации Н.р. являются увеличение продолжительности курса лечения, надлежащий выбор ингибиторов протонной помпы и их дозы, включение в схемы эрадикации висмута трикалия дицитрата, прием антибиотика в более высоких дозах, включение пробиотиков в схемы эрадикации, а также повышение приверженности больных и их семей к лечению [12,13,14].

Цель. Определить спектр, триггерные факторы, клинические проявления основных заболеваний ЖКТ, зафиксированных на амбулаторном приеме у гастроэнтеролога, а также эффективность диагностики, проводимой терапии и частоты рецидивов у больных.

Материалы и методы. Обследовано 200 детей с различной патологией ЖКТ в возрасте от 5 до 14 лет. Проведен анализ распределения больных по нозологическим формам с определением особенностей клиники, сопутствующих заболеваний, триггерных факторов. Определена диагностическая выявляемость хеликобактер пилори (Н.р.) и эффективность эрадикационной терапии. Всем детям была сделана ЭГДС, УЗИ внутренних органов, биохимия с определением функции печени и поджелудочной железы, определение Н.р. с использованием как инвазивных, так и неинвазивных методов. При нарушении моторики кишечника проводилось исследование на микробную контаминацию и избыточный бактериальный рост микрофлоры. Оценивалась эффективность первичного и повторного курсов эрадикации при хронических гастритах и гастродуоденитах, а также рецидивы в анамнезе в различные сроки после окончания эрадикационной терапии. Уровень статистической значимости различий определялся посредством критерия Хи-квадрат Пирсона. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Из рисунка 1 следует, что число обследуемых мальчиков 108 (54%) несколько преобладало над количеством девочек 92 (46%)

Данные, представленные на рисунке 2, свидетельствуют, что среди обследуемых преобладали дети в возрасте от 11 до 14 лет 105 (52,5%), на втором месте дети в возрасте 8-10 лет 83 (41,5%) и обследуемых дошкольников в возрасте от 5 до 7 лет было 12 (6%).

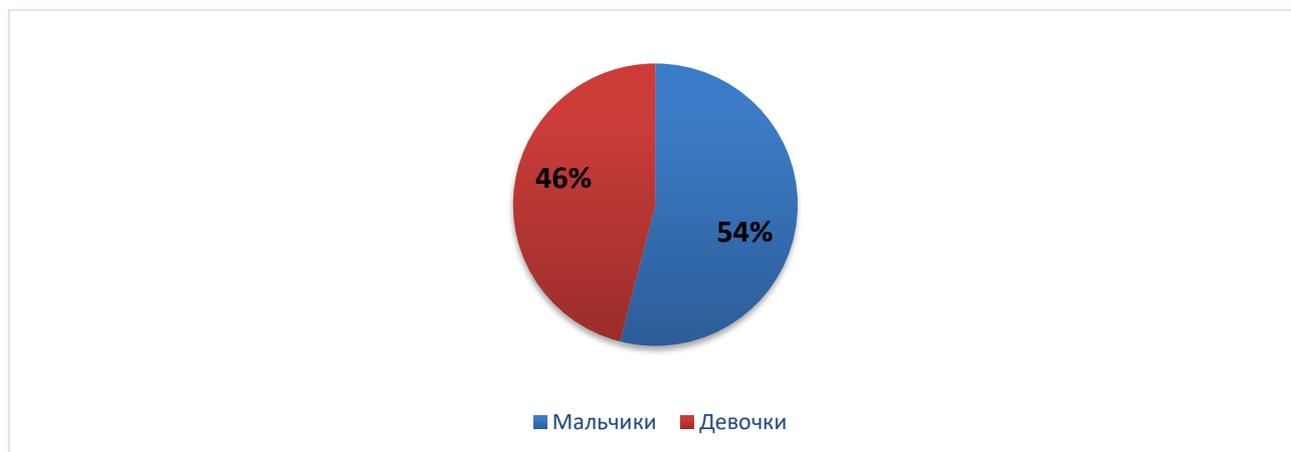


Рисунок 1. Распределение детей по гендерному типу (%)

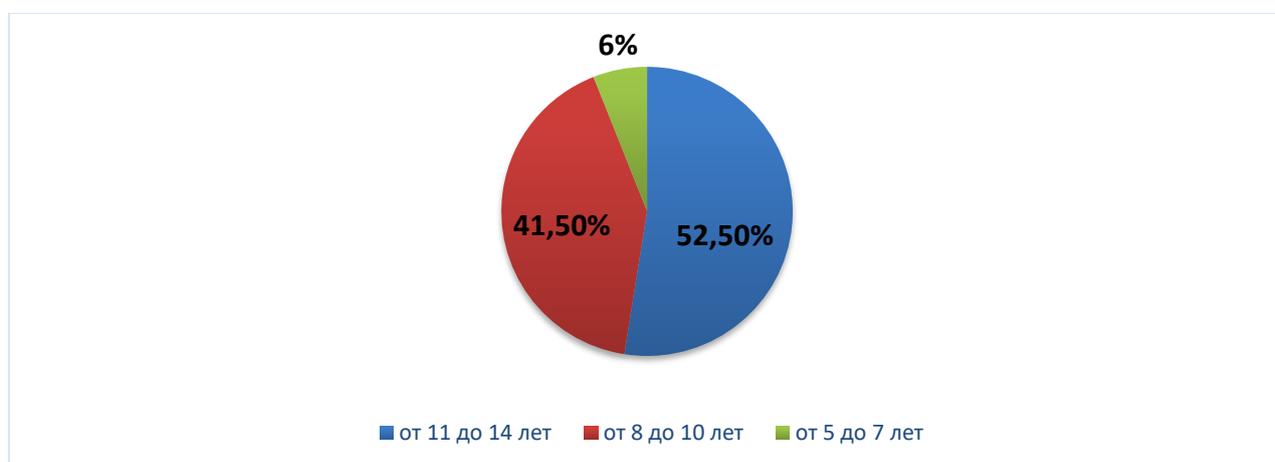


Рисунок 2. Распределение детей по возрасту (%)

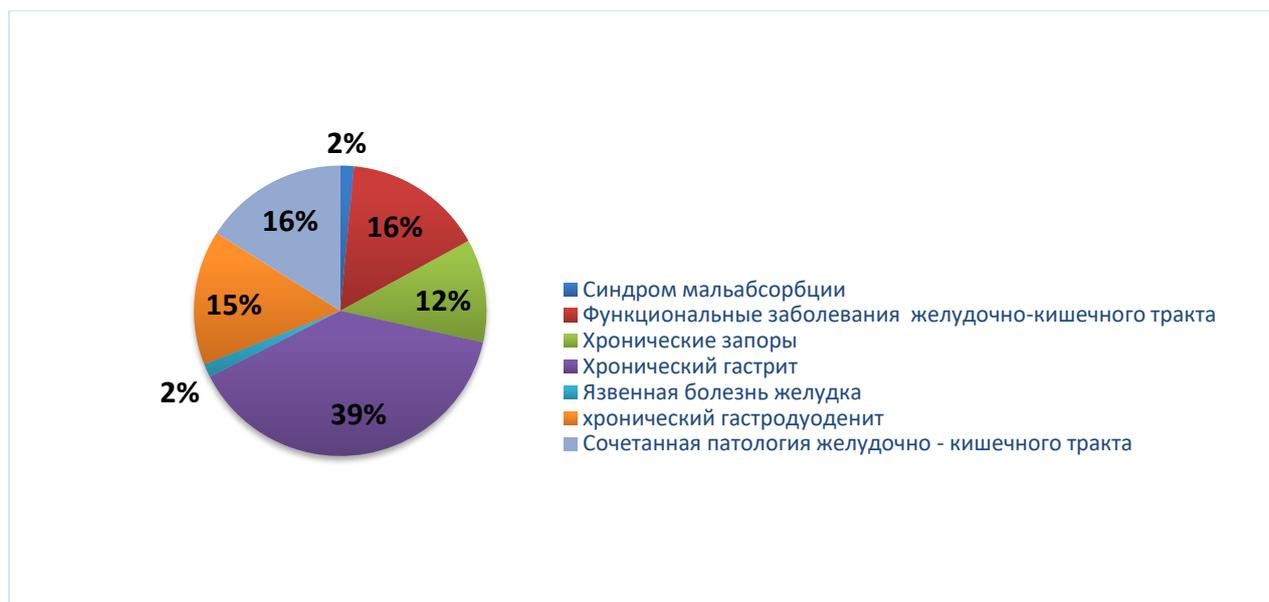


Рисунок 3. Распределение заболеваний желудочно-кишечного тракта по нозологическим формам (%)

Анализ, представленный на рисунке 3, свидетельствует, что среди заболеваний ЖКТ преобладают гастриты и гастродуодениты. Вторичный синдром мальабсорбции; лактазная и дисахаридазная недостаточность имели место у 3 детей в возрасте 5 и 6 лет после перенесенной тяжелой ротовирусной инфекции.



Рисунок 4. Характеристика функциональных диспепсий (%)

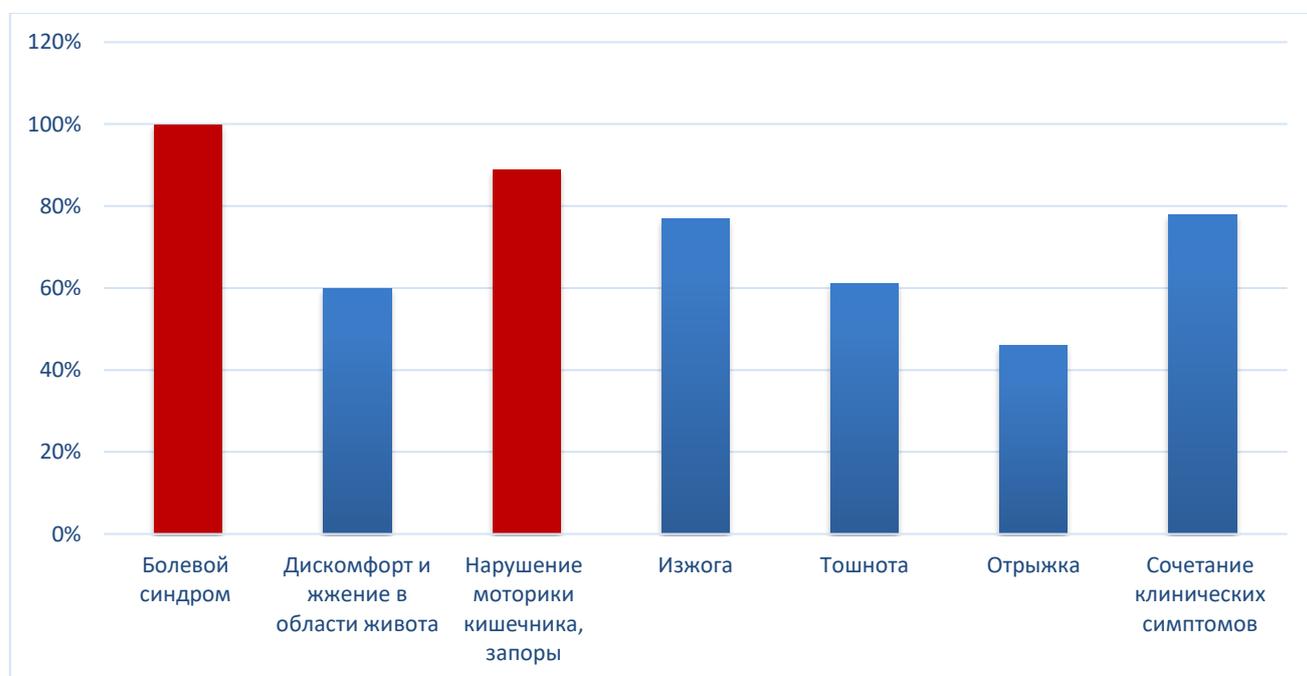


Рисунок 5. Наиболее часто встречаемые клинические симптомы при поражении желудочно-кишечного тракта (%)

Общее количество больных с функциональными заболеваниями ЖКТ - 31 приняты за 100%. Перед постановкой убедительного диагноза функциональной диспепсии были исключены воспалительные заболевания желудка и 12-перстной кишки, вызванные Н.р., а также патология со стороны нервной и эндокринной систем, приводящей к нарушению регуляции ЖКТ. Среди детей, включенных в исследование, функциональные заболевания ЖКТ в основном встречались у детей дошкольного возраста - 10 (32%) и младшего школьного возраста с 8 до 10 лет - 21(68%). У детей старше 10 лет не было зарегистрировано изолированных проявлений функциональных заболеваний и спектр патологии был представлен органическим поражением ЖКТ. Нарушение моторной функции, в ряде случаев сопровождается заболеваниями ЖКТ как верхних, так и нижних его отделов.

Результаты клинического обследования выявили, что симптоматика заболеваний ЖКТ, с которой дети обращались на прием, была достаточно разнообразна. Выявлено преобладание болевого синдрома, нарушение моторики кишечника, изжоги по сравнению с другими клиническими симптомами, $p < 0,05$. У обследуемых нами больных отмечалось повышение секреторной функции желудка. Клиническая картина хронического гастрита и гастродуоденита характеризовалась симптомами местного и общего характера, проявляющимися, как правило, в периоде обострения. Ведущее значение среди местных проявлений имеет место желудочная диспепсия: тяжесть и давление в подложечной области после еды, отрыжка, тошнота, неприятный привкус во рту, изжога. При хроническом Н.р.-ассоциированном гастрите, долгое время протекающим с повышением секреторной функции желудка, часто появляются признаки кишечной диспепсии: урчание, метеоризм, запоры, неустойчивый стул. При хроническом антральном Н.р. - ассоциированном гастрите с секреторной гиперфункцией появляется «язвеноподобный» симптомокомплекс. Общие расстройства при хроническом гастрите характеризовались астеноневротическим синдромом: слабость, раздражительность, кардиалгии, артериальная гипотония или гипертония, сонливость. Следует отметить, что при правильно назначенной терапии, болевой синдром снимается значительно быстрее, более длительно беспокоят пациента отрыжка, изжога, тошнота, нарушение моторики кишечника.

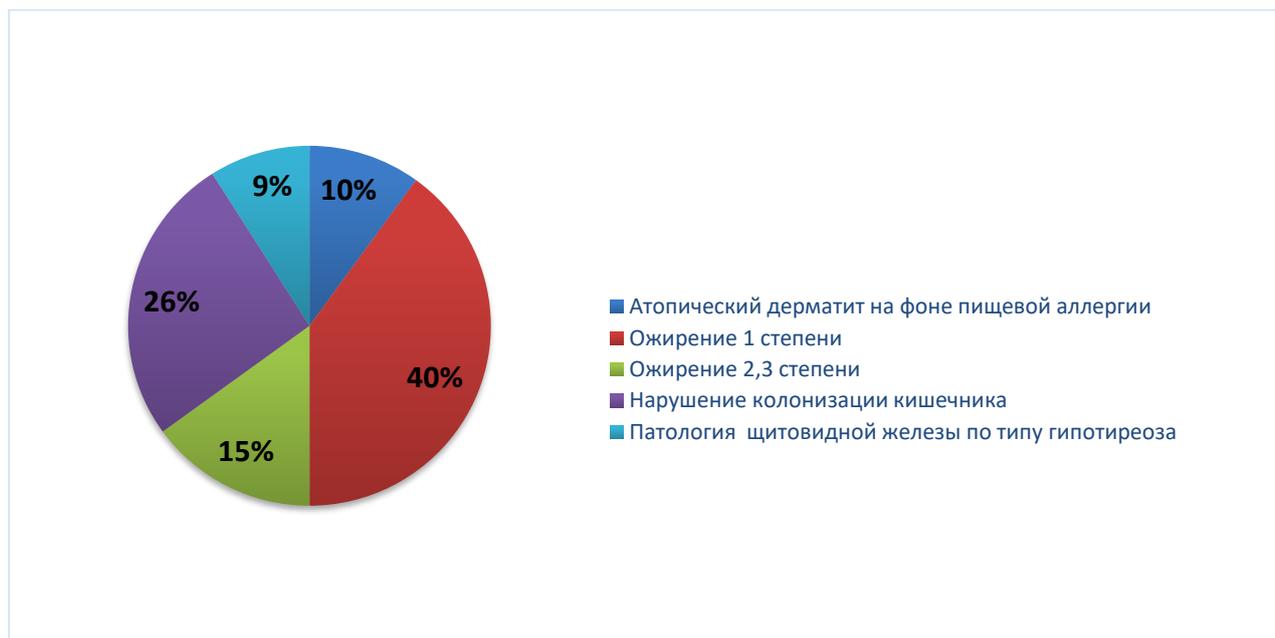


Рисунок 6. Сопутствующие заболевания при патологии желудочно-кишечного тракта у амбулаторных гастроэнтерологических больных (%)

Анализ сопутствующих заболеваний, приведенный на рисунке 6, свидетельствует, что среди сопутствующих заболеваний преобладает ожирение преимущественно 1 степени. При наличии у пациентов признаков микробной контаминации и синдрома избыточного бактериального роста в кишечнике, которые сопровождались горечью во рту, тошнотой, воздушными отрыжками, метеоризмом, наличием при пальпации урчания и болезненности по ходу кишечника, им проводились 7-10 дневные курсы кишечных антисептиков с последующим приемом пробиотиков и пребиотиков. Проведение данной терапии предотвращает разрушение панкреатических ферментов, снижает давление в двенадцатиперстной кишке и улучшает отток панкреатического секрета. Предпочтение отдается комбинированным препаратам (РиоФлора-Баланс, ПробиоЛог, Флорасан Д, Максилак, Бак-сет Форте).

Представленные на рисунке 7 результаты исследования дают возможность убедиться в том, что основным фактором, запускающим воспалительный процесс в желудочно-кишечном тракте, является нарушение питания (48%). По сравнению с другими приведенными триггерными факторами выявлена достоверная разница $p < 0,005$.

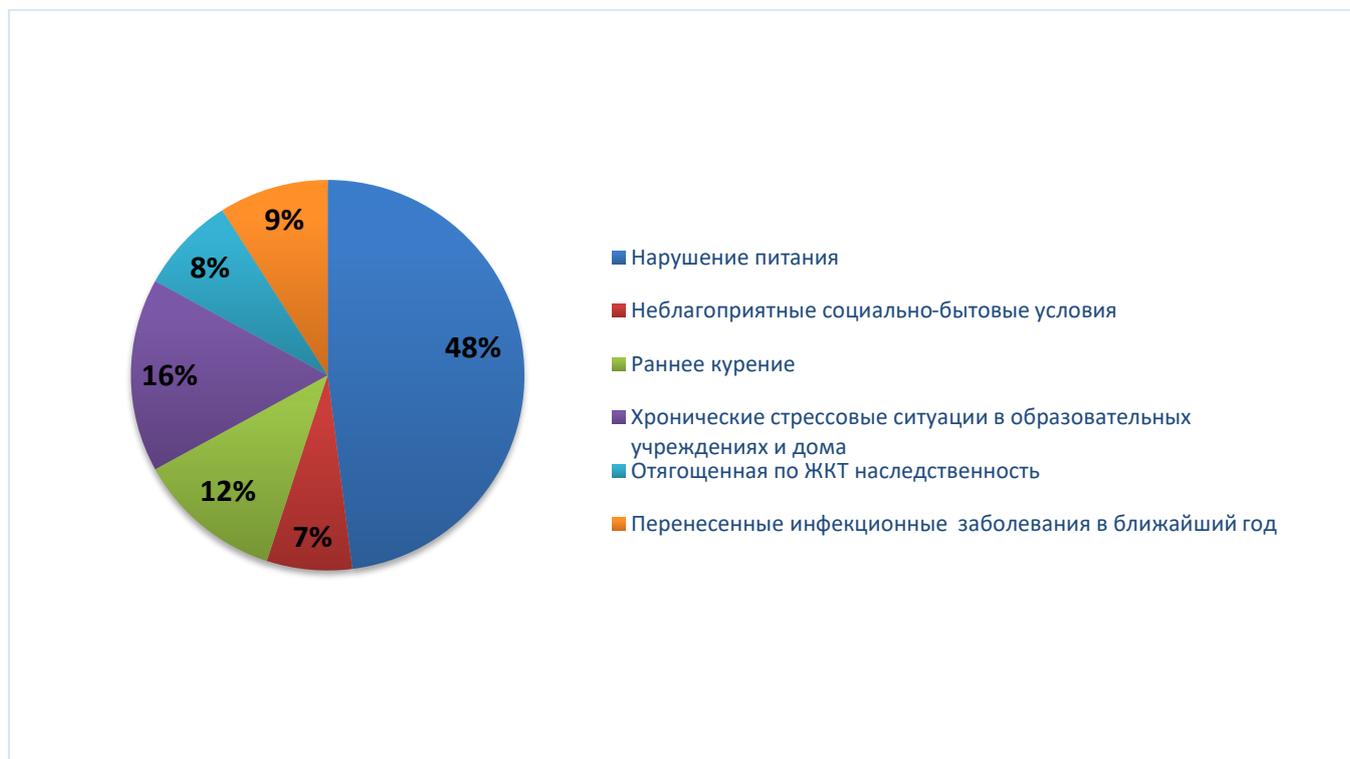


Рисунок 7. Триггерные факторы в возникновении гастроэнтерологической патологии (%)

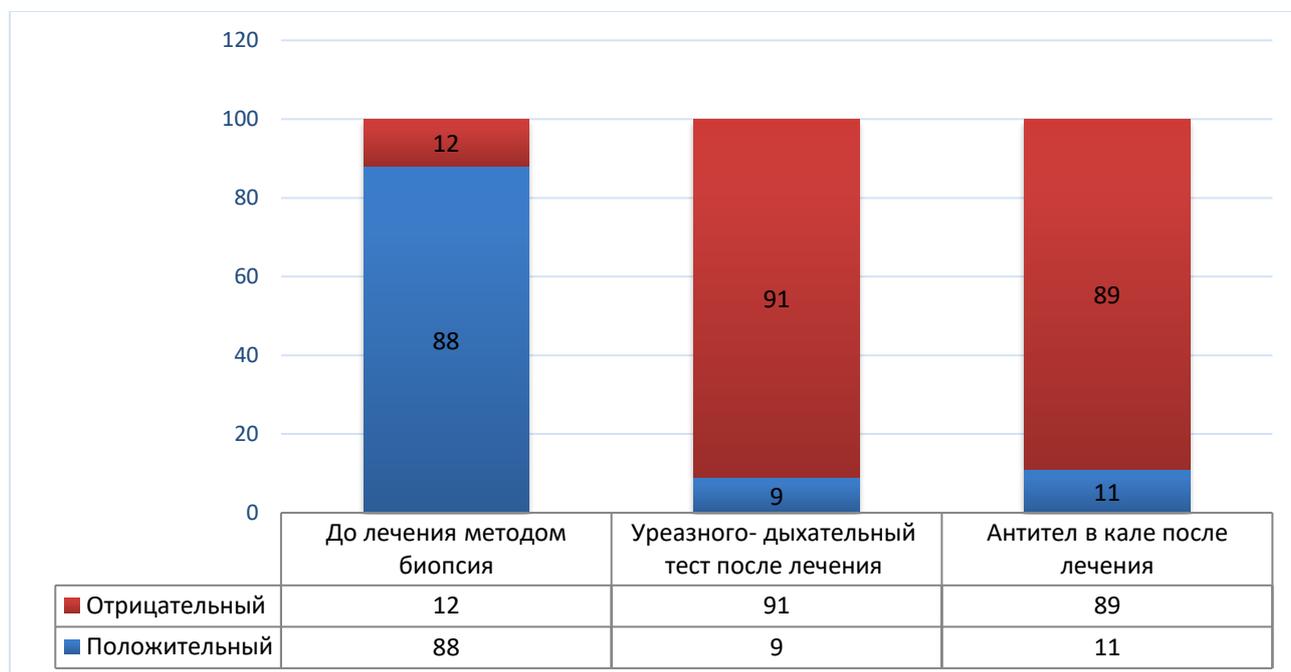


Рисунок 8. Сравнительная оценка тестирования на Н.р. до и после эрадикационной терапии (кол-во исследуемых, %)

Для назначения адекватной первичной и повторной эрадикационной терапии больным хроническим гастритом, гастроудоденитом и язвенной болезнью была проведена

сравнительная оценка наличия Н.р. при использовании различных методов. В обследование включены 143 пациента с хроническими гастритами, гастродуоденитами, язвенной болезнью и сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта. У 88% детей определялся положительный тест на Н.р., у 12% - отрицательный при первичной ФГДС с биопсией слизистой желудка. Повторная оценка эффективности эрадикации проводилась через 4-6 недель после завершения противохеликобактерной терапии. Контрольная ФГДС в эти сроки не проводилась. При этом у 56% больных использовался уреазно - дыхательный тест с результативностью 9% положительный и 91 % отрицательный и у 44% обследуемых при определении антител в кале выявлено: 11% положительных и 89% отрицательных результатов. Достоверной разницы в результативности различных видов повторного определения Н.р. нами не обнаружено $p > 0,05$.

Нас интересовала эффективность первоначального эрадикационного курса терапии Н.р. при хроническом гастрите, гастродуодените, язвенной болезни. Современная концепция лечения хронических гастритов и гастродуоденитов предусматривает активную терапевтическую тактику, включающую многокомпонентные лекарственные схемы и длительный прием медикаментов по показаниям. Всем детям при положительной реакции на Н.р. нами использовалась трехкомпонентная эрадикационная схема, состоящая из ИПП, антибиотиков - кларитромицина, амоксициллина в возрастных дозировках длительностью 14 дней, и ее эффективность составила 86%. Эти препараты обладают высокой активностью проникать в клетки, интенсивно выделяются на слизистые оболочки, что увеличивает их эффективность против Н.р., имеют незначительное число противопоказаний и осложнений и устойчивы к действию соляной кислоты. 14% детей при неэффективном первоначальном курсе эрадикационной терапии был назначен повторный курс лечения: квадротерапия на основе препаратов висмута: ИПП (эзомепразол-нексиум), висмута трикалия дицитрат (денол), тетрациклина, метронидазола. Длительность курса составляла 10 дней. После проведения повторного курса лечения только 2 подростка давали положительный тест на Н.р. уреазно-дыхательным методом и были успешно пролечены препаратом Хелинорм.



Рисунок 9. Обострение хронических гастритов и гастродуоденитов в сроки до 18 месяцев после клиничко – эндоскопического выздоровления (%)

Проведен анализ качества выздоровления 108 детей, получавших антихеликобактерную терапию в период обострения. Продолжительность наблюдения составила 18 месяцев. Выздоровление оценивалось по отсутствию жалоб, клинических проявлений, изменений со стороны слизистой желудка и 12-перстной кишки при эндоскопическом исследовании и наличию отрицательного теста на *H.p.* Следует отметить, что рецидивы хронической гастродуоденальной патологии не зависели от ранее проводимой эрадикационной терапии. Рецидивы заболевания провоцировались нарушением диеты, интенсивными физическими нагрузками, возобновлением курения у подростков, сохраняющейся стрессовой ситуации в учебном заведении и дома, при прибавке в массе тела более 10%. Кроме того, рецидивы заболевания могут быть связаны с персистенцией *H.p.* Представленные результаты исследования выявили достоверную разницу ($p < 0,005$) между пациентами с длительной ремиссией и пациентами с обострением в различные сроки наблюдения. В плановой госпитализации в специализированные отделения нуждались 8(7,4%) детей.

Обсуждение: Представленные результаты исследования свидетельствуют, что на амбулаторном приеме чаще бывают мальчики (54%). Спектр заболеваний разнообразен, но чаще представлен гастритами (39%), гастродуоденитами (15%), а в клинической картине доминирует болевой синдром (100%), нарушение моторики кишечника (89%), а также

сочетание симптомов (78%). Среди триггерных факторов определяющее влияние отводится нарушению питания (48%) и стрессам (16%), а сопутствующие заболевания представлены в основном ожирением различной степени (55%) и нарушением колонизации кишечника (16%). Функциональные заболевания ЖКТ в основном встречались у детей младшего школьного возраста. При первичной ФГДС с биопсией слизистой желудка у 88% детей определялся положительный тест на Н.р., у 12% - отрицательный. Повторная оценка эффективности эрадикации проводилась через 4-6 недель после завершения противохеликобактерной терапии. Контрольная ФГДС в эти сроки не проводилась. При этом у 56% больных использовался уреазно - дыхательный тест с результативностью 9% положительный и 91 % отрицательный и у 44% обследуемых при определении антител в кале выявлено: 11% положительных и 89% отрицательных результатов. Достоверной разницы в результативности различных видов повторного определения Н.р. нами не обнаружено $p > 0,005$. Всем детям с гастритами и гастродуоденитами согласно Маахстрихского Консенсуса VI при положительной реакции на Н.р. нами использовалась трехкомпонентная эрадикационная схема, состоящая из ИПП, антибиотиков - кларитромицина, амоксициллина и его эффективность составила 86%. У 14% детей при неэффективном первоначальном курсе эрадикационной терапии был использован повторный курс лечения: квадротерапия на основе препаратов висмута, состоящий из ИПП (эзомепразол-нексиум), висмута трикалия дицитрат (денол), тетрациклина, метронидазола. Отсутствие рецидива заболевания отмечалась у 80% пролеченных детей. Следует отметить, что рецидивы хронической гастродуоденальной патологии не зависели от ранее проводимой эрадикационной терапии, а провоцировались нарушением диеты, интенсивными физическими нагрузками, возобновлением курения у подростков, сохраняющейся стрессовой ситуации в учебном заведении и дома, при прибавке в массе тела более 10%. Кроме того, рецидивы заболевания могут быть связаны с персистенцией Н.р. Представленные результаты исследования в катамнезе выявили достоверную разницу ($p < 0,005$) между пациентами с длительной ремиссией до 18 месяцев и пациентами с обострением в различные сроки наблюдения. В плановой госпитализации в специализированные отделения нуждались 8(7,4%) детей.

Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что заболевания ЖКТ чаще встречаются у мальчиков. Спектр заболеваний разнообразен, но чаще представлен гастритами, гастродуоденитами, а в клинической картине доминирует

болевого синдром и сочетание симптомов. Среди триггерных факторов определяющее влияние отводится нарушению питания и стрессам, а сопутствующие заболевания представлены в основном ожирением и нарушением колонизации кишечника. Функциональные заболевания ЖКТ в основном встречались у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Разнообразие представленных в гастроэнтерологии неинвазивных методов определения Н.р. достоверно не отличаются. Первично проводимая трехкомпонентная схема лечения показала высокую эффективность. Отсутствие рецидива заболевания при наблюдении в катамнезе в течение 18 месяцев отмечалось у большинства пролеченных детей. Разнообразие схем эрадикационной терапии, включающих в себя сочетания нескольких антибактериальных препаратов, имеющих серьезные побочные эффекты, свидетельствует о том, что необходимо искать альтернативные пути решения проблемы.

Список литературы

1. Беседина Д. Ю., Бадьян А. С., Дудникова Э. В., и др. Роль HNP1-3 в развитии хронического гастрита у детей. Сибирское медицинское обозрение. 2022;3(135):57-63
2. Wauters L, Dickman R, Drug V, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. United European Gastroenterol J. 2021;9(3):307-31. DOI:10.1002/ueg2.12061
3. Белых М.С. Особенности течения и лечения НР-ассоциированных гастритов у детей. Смоленский медицинский альманах. 2021;2:49-52
4. Старостин Б. Д. Лечение *Helicobacter pylori* - инфекции - Маастрихтский V/Флорентийский консенсусный отчет. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2017;(1):2-22
5. Белых М.С. Проблема гастрита у детей. Медицинская сестра. 2023;25(5):40-44
6. Спивак Е. М., Манякина О. М., И. Аккуратова-Максимова С., и др. Клинические варианты хронического гастрита в детском возрасте. Пермский медицинский журнал. 2021;38(6):35-42
7. Алексеенко С.А., Агеева Е.А. Сравнительная оценка эффективности 10-дневных схем эрадикации *Helicobacter pylori* инфекции (тройной и тройной с добавлением висмута трикалия дицитрата). Дальневосточный медицинский журнал. 2019;4:62–65
8. Белковец А.В., Курилович С.А., Юркова Т.А., Толкачева Н.Ю., и др. Сравнительное исследование двух схем эрадикации *Helicobacter pylori* (с висмутом трикалия дицитратом и без него). Фарматека. 2019;26(2):61–7

9. С.И. Пиманов, Е.В. Макаренко Обновленные рекомендации Маастрихт VI/Флорентийского консенсуса по лечению инфекции *Helicobacter pylori*. CONSILIUM MEDICUM. 2022;24(12):851–859.

10. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/ Florence consensus report. Gut. 2022;71(9):1724-62. DOI:10.1136/gutjnl-2022

11. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология. ГЭОТАР-Медиа, (Серия "Библиотека врача - специалиста") 2019:480

12. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., и др. Воспаление, нарушение моторной функции и висцеральная гиперчувствительность: основные механизмы функциональных расстройств желудочно - кишечного тракт (обзор литературы и резолюция Совета Экспертов). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2022;32(1):7-14

13. Бондаренко П. С., Погосов А. В. Роль внутренней картины болезни в комплексном лечении детей с хроническим гастродуоденитом. Молодежь - практическому здравоохранению. XIII Всероссийская с международным участием научная конференция студентов и молодых ученых-медиков. 2019:377-381

14. Сапожников В. Г. О нашем опыте лечения хронических гастродуоденитов у детей. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;(215):42-45

References

1. Besedina D. Yu., Bad'yan A. S., Dudnikova E. V., i dr. Rol' HNP1-3 v razvitii khronicheskogo gastrita u detey. [Besedina D. Yu., Badyan A. S., Dudnikova E. V., and others. The role of HNP1-3 in the development of chronic gastritis in children.] Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. [Siberian Medical Review. 2022;3(135):57-63]. (In Russian)

2. Wauters L, Dickman R, Drug V, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. United European Gastroenterol J. 2021;9(3):307-31. DOI:10.1002/ueg2.12061

3. Belykh M.S. Osobennosti techeniya i lecheniya HP-assotsiirovannykh gastritov u detey. [Belykh M.S. Features of the course and treatment of HP-associated gastritis in children.] Smolenskiy meditsinskiy al'manakh. [Smolensk medical Almanac.2021;2:49-52]. (In Russian)

4. Starostin B. D. Lechenie Helicobacter pylori - infektsii - Maastrikhstkiy V/Florentiyskiy konsensusnyy otchet. [Starostin B. D. Treatment of Helicobacter pylori infection - Maastrichtian V/Florence Consensus Report.] Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. [Gastroenterology of St. Petersburg 2017;(1):2-22]. (In Russian)
5. Belykh M.S. Problema gastrita u detey. [Belykh M.S. The problem of gastritis in children.] Meditsinskaya sestra. [Medical nurse 2023;25(5):40-44]. (In Russian)
6. Spivak E. M., Manyakina O. M., I. Akkuratova-Maksimova S., i dr. Klinicheskie varianty khronicheskogo gastrita v detskom vozraste. [Spivak E. M., Manakina O. M., I. Akkuratova-Maksimova S., and others. Clinical variants of chronic gastritis v detskom vozraste.] Permskiy meditsinskiy zhurnal. [Perm Medical Journal 2021;38(6):35-42]. (In Russian)
7. Alekseenko S.A., Ageeva E.A. Sravnitel'naya otsenka effektivnosti 10-dnevnykh skhem eradikatsii Helicobacter pylori infektsii (troynoy i troynoy s dobavleniem vismuta trikaliya ditsitrata). [Alekseenko S.A., Ageeva E.A. Comparative evaluation of the effectiveness of 10-day schemes for the eradication of Helicobacter pylori infection (triple and triple with the addition of bismuth tricalcium dicitrate).] Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal. [Far Eastern Medical Journal 2019;4:62-65]. (In Russian)
8. Belkovets A.V., Kurilovich S.A., Yurkova T.A., Tolkacheva N.Yu., i dr. Sravnitel'noe issledovanie dvukh skhem eradikatsii Helicobacter pylori (s vismutom trikaliya ditsitratom i bez nego). [Belkovets A.V., Kurilovich S.A., Yurkova T.A., Tolkacheva N.Yu., and others. Comparative study of two schemes of eradication of Helicobacter pylori (with and without bismuth tricalcium dicitrate).] Farmateka. [Pharmaceutical library 2019;26(2):61-7]. (In Russian)
9. S.I. Pimanov, E.V. Makarenko Obnovlennyye rekomendatsii Maastricht VI/Florentiyskogo konsensusa po lecheniyu infektsii Helicobacter pylori. [S.I. Pimanov, E.V. Makarenko Updated recommendations of the Maastricht VI/Florence Consensus on the treatment of Helicobacter pylori infection.] CONSILIUM MEDICUM. [CONSILIUM MEDICUM. 2022;24(12):851–859]. (In Russian)
10. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/ Florence consensus report. Gut. 2022;71(9):1724-62. DOI:10.1136/gutjnl-227
11. Mel'nikova, I. Yu. Detskaya gastroenterologiya. [Melnikova, I. Y. Pediatric gastroenterology]. GEOTAR-Media, (Seriya "Biblioteka vracha - spetsialista"). [GEOTAR-Media, (Series "Library of a specialist doctor") 2019:480]. (In Russian)

12. Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S., i dr. Vospalenie, narushenie motornoj funktsii i vistseral'naya giperchuvstvitel'nost': osnovnyye mekhanizmy funktsional'nykh rasstroystv zheludochno - kishechnogo trakt (obzor literatury i rezolyutsiya Soveta Ekspertov). [Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S., and others. Inflammation, impaired motor function and visceral hypersensitivity: the main mechanisms of functional disorders of the gastrointestinal tract (literature review and resolution of the Council of Experts).] Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii. [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology 2022;32(1):7-14]. (In Russian)

13. Bondarenko P. S., Pogosov A. V. Rol' vnutrenney kartiny bolezni v kompleksnom lechenii detey s khronicheskim gastroduodenitom. Molodezh' - prakticheskomu zdravookhraneniyu. [Bondarenko P. S., Pogosov A.V. The role of the internal picture of the disease in the complex treatment of children with chronic gastroduodenitis. Youth - practical healthcare]. XIII Vserossiyskaya s mezhdunarodnym uchastiem nauchnaya konferentsiya studentov i molodykh uchenykh-medikov. [XIII All-Russian Scientific Conference of students and Young medical Scientists with international participation.2019:377-381]. (In Russian)

14. Sapozhnikov V. G. O nashem opyte lecheniya khronicheskikh gastroduodenitov u detey. [Sapozhnikov V. G. About our experience in the treatment of chronic gastroduodenitis in children]. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. [Experimental and clinical gastroenterology. 2023;(215):42-45]. (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведение об авторах

Бегун Дмитрий Николаевич - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой сестринского дела ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 460000, г. Оренбург, ул. Зинovieва, 2, б, e-mail: doctorbegun@yandex.ru, ORCID ID: 0000-0002-8920-6675; SPIN-код: 8443-4400

Малеева Нина Петровна - кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 460000, г. Оренбург, ул. Зинovieва, 2, б, e-mail: k_nus@orgma.ru, ORCID: 0000-0003-3873-5726; SPIN: 2762-4105

Гаврилова Екатерина Владиславовна - старший преподаватель кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства

здравоохранения Российской Федерации, 460000, г. Оренбург, ул. Зиновьева, 2, 6, e-mail: ekaterina2474@mail.ru, ORCID ID: 0000-0001-9580-9045; SPIN-код: 3177-1114

Кацова Галина Борисовна - кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 460000, г. Оренбург, ул. Зиновьева, 2, 6, e-mail: kazovagb@yandex.ru, ORCID: 0009-0001-5956-5247; SPIN: 2041-5694

Information about the authors

Begun Dmitry Nikolaevich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Nursing, Orenburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, 460000, Orenburg, Zinoviev str., 2, 6, e-mail: doctorbegun@yandex.ru, ORCID ID: 0000-0002-8920-6675; SPIN-код: 8443-4400

Maleeva Nina Petrovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Nursing of the Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 460000, Orenburg, Zinoviev str., 2, 6, e-mail: k_nus@orgma.ru, ORCID: 0000-0003-3873-5726; SPIN: 2762-4105

Gavrilova Ekaterina Vladislavovna - Senior Lecturer at the Department of Nursing of the Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 460000, Orenburg, Zinoviev str., 2, 6, e-mail: ekaterina2474@mail.ru, ORCID ID: 0000-0001-9580-9045; SPIN code: 3177-1114

Katsova Galina Borisovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Nursing, Orenburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, 460000, Orenburg, Zinoviev str., 2, 6, e-mail: kazovagb@yandex.ru, ORCID: 0009-0001-5956-5247; SPIN: 2041-5694

Статья получена: 23.01.2025 г.

Принята к публикации: 25.06.2025 г.