

Міністерство охорони здоров'я України

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки

Наказ МОЗ України №59 від 29.01.2013

Київ – 2013

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
Від 29.01.2013 р. №59

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

- ВХ** – виразкова хвороба
ВХШ – виразкова хвороба шлунка
ДПК – дванадцятипала кишка
МКХ-10 – міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
НР – Helicobacter Pylori інфекція
СО – слизова оболонка
СОШ – слизова оболонка шлунка
УЗД – ультразвукова діагностика
ХГД – хронічний гастродуоденіт
ХГ – хронічний гастрит

А. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А. 1 Діагноз: Виразкова хвороба

А. 2 Шифр згідно МКХ-10: K25, K26

- K25 – виразка шлунка (виразкова хвороба шлунка), включаючи пептичну виразку пілоричного й інших відділів шлунку.
- K26 – виразка дванадцятипалої кишки (виразкова хвороба ДПК), включаючи пептичну виразку всіх відділів ДПК.

А. 3 Потенційні користувачі: дитячі гастроентерологи, лікарі-педіатри, лікарі загальної практики-сімейної медицини, організатори охорони здоров'я

А. 4 Мета протоколу: стандартизувати медичну допомогу дітям дітям із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки.

А. 5 Дата складання – 2012 р.

А. 6 Дата планового перегляду протоколу – 2017 р

Б. 1 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ:

Виразкова хвороба (ВХ) – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується формуванням виразкового дефекту в шлунку і (або) ДПК на тлі запальних змін слизової оболонки шлунку (СОШ) і ДПК, схильне до прогресування, із залученням у патологічний процес інших органів і систем, розвитком ускладнень, що загрожують життю хворого. Захворювання поліетіологічне, генетично детерміноване.

Патофізіологічне формування ВХ обумовлене порушеннями рівноваги між факторами «агресії» та факторами «захисту» гастродуоденальної СО, завжди з перевагою агресивних компонентів (агресивна дія кислотно-пептичного, рефлюксного, інфекційного й інших улцерогенних факторів при зниженні резистентності СОШ і ДПК у результаті запалення, метаплазії, атрофії, частіше обумовлених контамінацією НР).

У структурі патології органів травлення на долю виразкової хвороби приходить 1,7–16 %. Розповсюдженість ВХ серед дитячого населення України складає 0,4–4,3 %.

Пік захворюваності припадає на 9–11 років у дівчат і на 12–14 років – у хлопчиків.

Спадкова схильність до виразкової хвороби має місце у 45–75 % хворих. У переважній більшості випадків у дітей зустрічається ВХ ДПК – 82–87 %, ВХШ – 11–13 %, сполучена форма – ВХШ і ДПК – 4–6 %. При загостренні ВХ звичайно виявляється рецидивуюча виразка (гостра ерозія), найчастіше асоційована з Helicobacter Pylori (НР+ ВХШ – 68–70 % випадків, НР+ ВХ ДПК – 88–98 % випадків).

Б. 2 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Б. 2.1 Амбулаторний етап		
Діти з підозрою на ВХ ДПК і ВХШ повинні пройти комплексне обстеження	Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХГД зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості А)	Обстеження та спостереження лікарем — дитячим гастроентерологом, педіатром чи лікарем загальної практики-сімейної медицини.
Обстеження пацієнтів із підозрою на ВХ ДПК і ВХШ здійснюється амбулаторно та стаціонарно	Діагноз ВХ ДПК і ВХШ встановлюється лікарем згідно класифікаційних критеріїв	Забезпечення своєчасного встановлення діагнозу ВХ ДПК і ВХШ
Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО	Після стаціонарного лікування при репарації виразки (фаза неповної ремісії) лікування продовжують в амбулаторно-поліклінічних умовах.
Б. 2.2 Стаціонарний етап		
Госпіталізація в стаціонар здійснюється у разі неможливості адекватної медикаментозної терапії або несприятливого варіанту перебігу ВХ ДПК і ВХШ	Направлення на госпіталізацію здійснюється лікарем	Хворі на ВХ ДПК і ВХШ госпіталізуються для обстеження та стаціонарного лікування.
Тривалість стаціонарного лікування	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО	При ВХ — 25–28 днів, при важкому перебігу — до 6–8 тижнів. При репарації виразки (фаза неповної ремісії) лікування продовжують в амбулаторно-поліклінічних умовах.
Б. 2.3 Діагностика		
Встановлення діагнозу ВХ ДПК і ВХШ	Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ВХ ДПК і ВХШ зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості А)	Об'єм діагностики: Загальний аналіз крові, сечі, аналіз калу на сховану кров (реакція Грегерсена), протеїнограма, езофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією СОШ і ДПК, а також (при необхідності) периульцерозної зони, визначення наявності інфекції НР (інвазивними і неінвазивними методами) При наявності показань: визначення групи крові та резус-фактору, гістологічне дослідження біоптатів, інтрагастральна рН-метрія, УЗД органів черевної порожнини для виявлення супутньої патології печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, рентгенологічне дослідження, імунограма. <i>Примітка:</i> результати лікування загострення при ВХ завжди оцінюються клінічними і ендоскопічними дослідженнями в динаміці. Обов'язковий ендоскопічний контроль загоєння виразки.
Б. 2.4 Лікування		
Основні принципи лікування ВХ залежать від топографії виразкового дефекту (ДПК або шлунок), періоду хвороби, тяжкості перебігу, наявності ускладнень, зв'язку з НР.	Досвід лікування дітей у світі доводить, що терапія ВХ ДПК і ВХШ повинна бути комплексною [NASPGHAM Medical Position Papers: Helicobacter pylori infection in children, 2000; Helicobacter pylori infection in children: a consensus statement. European Pediatric Task Force on Helicobacter pylori, 2002] (Рівень доказовості А)	Середній курс медикаментозного лікування загострення ВХ ДПК — 4–6 тижнів, ВХШ — 6–8 тижнів. Питання про призначення підтримуючої терапії, кратність, обсяг і час проведення протирецидивних курсів лікування зважується індивідуально. При загостренні: 1) Вибір режиму харчування (призначення дієтичного харчування з поступовим переходом від столу № 1а, № 1 до столу №5), вибір рухового режиму (оберігаючий, ЛФК). 2) Індивідуальний підбір комплексного лікування з урахуванням етіології, провідних патогенетичних механізмів і клініко-ендоскопічного симптомокомплексу. При НР-асоційованій ВХ лікування починають з ерадикації НР (додаток 1). Паралельно або відразу по закінченні ерадикаційного лікування призначається антисекреторна терапія (селективні блокатори H2 рецепторів гістаміну 2–4 покоління (групи ранітидину, фамотидину) чи блокатори H+/K+ — АТФази (групи омепразолу, пантопразолу та інш.) терміном на 3–4 тижні з поступовим скасуванням або призначенням підтримуючої дози (до 6–8 тижнів). Ранітидин (та аналоги) — 150–300 мг/добу в 2 прийоми зранку і ввечері до їжі; фамотидин (та аналоги) — 20–40 мг/добу переважно одноразово ввечері незалежно від прийому їжі (о 18–20 годині); омепразол та інш. — 10–40 мг/добу одноразово зранку перед сніданком; пантопразол 20–40 мг/добу одноразово зранку перед сніданком. Після скасування антихелікобактерної терапії і зниження дози антисекреторних препаратів на термін 3–4 тижні призначають: комплексні антациди (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію, магнію, кальцію та ін.) по 5–15 мл (1/2–1 табл.) 2–3 рази на день через 1,5–2 години після їжі; препарати альгінової кислоти на 2–4 тижні, цитопротектори (сметит, сукральфат, препарати кореня солодцю, лакричного кореня, синтетичні аналоги простагландинів, даларгін); сметит по 0,5–1 пакетуку 2–3 рази на день за 30 хвилин до їжі; сукральфат по 0,5–1 г 4 рази на день за 0,5–1 години до їжі; ліквіритон (чи інші препарати з кореню солодцю) по 0,05–0,1 г 3 рази на день до їжі; мізопростол по 0,1 г 3–4 рази на день з їжею та на ніч; даларгін — в/м (або назальним електрофорезом) по 0,001 г (1 мл) 1–2 рази на день 10–14 днів; репа ранти (обліпихова олія, тиквеол, спіруліна, аекол, препарати прополісу, алое); імунокоректори (рослинного походження). При порушенні моторики (рефлюкси, дуоденостази) — прокінетики (домперидон) на 2 тижні або регулятори моторики — тримебутина малаєт дітям від 6 міс. 5 мг/кг на добу в 2–3 прийоми за 30 хв. до їжі 10–14 днів.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Дітям із ВХ ДПК і ВХШ за необхідністю призначається симптоматичне лікування	Досвід лікування дітей доводить, що симптоматична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації [Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування), Ю.В.Белоусов, 2007] (Рівень доказовості D)	Седативні препарати (за призначенням невролога); антистресорні препарати (сибазон) після консультації з неврологом у віковому дозуванні на 10–14 днів; спазмолітини (мебеверин призначають дітям від 6 років у дозі 2,5 мг/кг на добу 2 рази на день за 20 хв. до їжі, папаверин по 0,005–0,06 г 2 рази на добу, дротаверин 40–200 мг/добу в 2–5 прийоми; прифінія бромід 1мг/кг/добу протягом 7–15 днів — парентерально на 5–7 днів, при необхідності продовжити per os ще на 7–10 днів.
При наявності ускладненої ВХ показане лікування в спеціалізованих хірургічних стаціонарах (відділеннях)	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО	Ускладнення ВХ, при яких показане лікування в хірургічних стаціонарах: — Кровотеча — кривава блювота, дьогтеподібний стул, бліді шкіра та слизові оболонки, запаморочення, холодний піт, прискорення пульсу, падіння АТ; — Перфорація виразки — гострий «кінжальний» біль, блювота, блідість лица, холодні кінцівки, змущене положення з приведеними до живота колінами, втягнутий живіт, напруження передньої черевної стінки; — Стеноз — інтенсивний стійкий біль за грудиною і у верхній половині живота, відчуття переповнення після їжі, відрижка, блювота, що приносить полегшення, зневоднення, зниження маси тіла; — Пенетрація в інші органи травлення (найчастіше в голівку підшлункової залози) — значне посилення больового синдрому, біль не пов'язаний з прийомом їжі, в зоні патологічного процесу — виражена пальпаторна болючість, запальний інфільтрат, субфебрильна температура, лейкоцитоз, прискорення ШОЕ. При всіх цих станах показане лікування в спеціалізованих хірургічних стаціонарах (відділеннях). Обсяг і термін лікування визначає дитячий хірург. Після хірургічної допомоги хворих переводять до спеціалізованого гастроентерологічного відділення для визначення подальшої схеми лікування та диспансерного нагляду. При неповній ремісії — підтримуюче лікування (тривалість і обсяг зважуються індивідуально).
Критерії якості лікування	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО	Відсутність клініко-ендоскопічних проявів хвороби (повна ремісія) із двома негативними тестами на НР, відновлення не тільки цілісності, але і функціональної спроможності СО.
Б. 2. 5 Диспансерний нагляд		
Діти з ВХ ДПК і ВХШ повинні перебувати під диспансерним спостереженням протягом 5 років при гострій ерозії, постійно — при рецидивуючій виразці	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО	Огляд лікаря загальної практики — сімейної медицини або педіатра — 2 рази на рік, дитячого гастроентеролога — 2 рази на рік. Ендоскопічний контроль — 1 раз на рік (або за необхідністю). ФГС контроль проводиться при наявності скарг, а також при позитивних результатах калу на приховану кров або дихального тесту на H.pylori. При виявленні на ФГС загострення виразкової хвороби або активного H.pylori- асоційованого гастродуоденіту лікування починають із першого етапу. При необхідності, за призначенням — огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невролог та ін) — 1 раз на рік. Противрецидивне лікування: проводиться при відсутності скарг і від'ємних результатах дихального тесту 2 рази на рік (наприкінці зими та восени) і має профілактичну загальноукріплюючу направленість. При сприятливому перебігу ВХ — проведення противрецидивного лікування в умовах поліклініки (або денного стаціонару). Об'єм і тривалість противрецидивного лікування вирішують індивідуально. Поряд із призначенням режиму та дієти (стіл №1 або №5) призначають комплексне медикаментозне та немедикаментозне лікування. Використовують антисекреторні препарати, антациди, цитопротектори, репаранти, седатики, імунокоректори, адаптогени, вітаміни тощо. Показано лікування мінеральними водами.
Б. 2. 6 Санаторно-курортне лікування		
Санаторно-курортне лікування при ВХ ДПК і ВХШ показане при досягненні стійкої ремісії	Наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»	Направлення в санаторій та обстеження здійснюється лікарем - дитячим гастроентерологом, педіатром.
Тривалість санаторно-курортного лікування		24–30 днів.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Основні принципи відновлювального лікування	Наказ МОЗ України від 28.05.2009 № 364 «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей у санаторно-курортних закладах України» (Рівень доказовості С)	Об'єм діагностики: Обов'язкові лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі. Додаткові лабораторні дослідження: загальний білок та білкові фракції крові, аналіз калу на приховану кров, аналіз калу на яйця глистів, найпростіші; копрограма (за необхідністю). Обов'язкові інструментальні дослідження: інтрагастральна рН-метрія (за необхідністю), УЗД органів черевної порожнини. • Дієтичні столи №1а, 1б, 1в, та 1 послідовно, їжа повинна бути дрібною, механічно та хімічно щадною щодо шлунка та дванадцятипалої кишки з обмеженням вуглеводів та відносним збільшенням білків. • Питні мінеральні води призначають виходячи із стану кислотоутворюючої функції шлунка. При підвищеній кислотності застосовують середньо- та високо мінералізовані води хлорідно-гідрокарбонатні-натрієві, хлоридні-гідрокарбонатні, гідрокарбонатні магнієво-кальцієві, гідрокарбонатні натрієві. Воду призначають за 1 год перед вживанням їжі у теплу вигляді тричі на день. При нормальній кислотності призначають ті ж самі води за 30–40 хв. перед вживанням їжі. При знижених кислотоутворюючій і секреторній функціях шлунка показані мало- та середномінералізовані гідрокарбонатно-хлоридні натрієві, хлоридні натрієві води. Воду призначають за 30 хв. до їжі тричі на день. Разова доза 5мл/кг маси тіла дитини. Курс — до 3–4 тижнів. • Пелоїдотерапія. • Парафіноозокеритові аплікації на епігастральну ділянку. • Гальваногрязелікування. • Електрофорез пелоїдину чи пелоїдодистилляту. Комплекс фізіотерапевтичних процедур призначають, користуючись правилами комбінуння та сполучення фізіопроцедур. • Апаратна фізіотерапія: — синусоїдальні модульовані струми (СМС); — електросон; — електрофорез. • Водолікування. Процедури грязелікування чергують із ваннами або можна застосовувати душ дощовий. • Кліматотерапія включає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятною методикою. • Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба.

В. КЛАСИФІКАЦІЯ

Обов'язково визначати зв'язок із хелікобактерної інфекцією та характер супутнього гастродуоденіту (обов'язковий супутній діагноз!).

Класифікація виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей (за Барановим О.О. і співавт. (1996)).

Локалізація виразки	Клінічна фаза та ендоскопічна стадія	Тяжкість перебігу	Ускладнення
У шлунку: медіагастральна пілороантральна У ДПК: — у цибуліні — позацибуліна У шлунку та ДПК	Загострення I стадія (свіжа виразка) II стадія (початок епітелізації) Початок ремісії III стадія (загоєння виразки) — без утворення рубця; — з формуванням рубця, рубцево-виразкова деформація. Ремісія IV стадія (відсутність ознак або стійкий рубець)	Легкий Середньої важкості Важкий	Кровотеча Перфорація Пенетрація Стеноз Перивісцерит

Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

Анамнез ВХШ — початок поступовий, перебіг — рецидивуючий із сезонними загостреннями, зв'язок із аліментарними порушеннями.

Анамнез ВХ ДПК — виражена спадкоємна схильність (до 75% хворих), зв'язок загострення з психоемоційними перевантаженнями, перебіг — рецидивуючий, сезонність виражена в 1/3 хворих.

Скарги при ВХШ: біль (частіше ниючий) за мечоподібним відростком і в епігастральній області через 0,5–1,5 години після прийому їжі, блювота, зниження апетиту до анорексії, нудота, печія.

Скарги при ВХ ДПК: інтенсивний (нюючий і нападоподібний) біль у верхній половині живота, пілородуоденальній зоні натщесерце або пізній (через 2–3 години після їжі); нічні болі у 50–60% хворих, мойніганівський ритм болі, нерідко ірадіація (у спину, у попереку), вісцеральні болі; печія, відрижка кислим, блювота (частіше однократна), схильність до запорів, головний біль, емоційна лабільність.

Об'єктивне дослідження: ВХШ — пальпаторна болочість, іноді напруга черевної стінки в епігастрії.

ВХ ДПК — виражена локальна пальпаторна і перкуторна болочість у пілородуоденальній зоні, позитивний молоточковий (Менделя) симптом, локальна м'язова напруга, зони шкірної гіперестезії Захар'їна—Гедда, астеновегетативні прояви.

Примітка: атипичний перебіг ВХ (прихований, безбольовий варіант, «німа виразка») — до 50% хворих, особливо у хлопчиків.

Ускладнення спостерігаються в 15–20% хворих з ВХ, удвічі частіше в хлопчиків (кровотеча – 80%; деформація і стеноз – 10–11%; перфорація – 7–8%; пенетрація – 1–1,5%).

Для сучасного перебігу ВХ ДПК характерно:

- омолодження (маніфестація захворювання в 7–9 років);
- зміни морфогенезу хвороби;
- атипичний перебіг (скритий, безбольовий варіант майже у половини хворих);
- збільшення частоти ускладнень і тяжких варіантів перебігу;
- резистентність до лікування, що проводиться;
- нівелювання сезонності загострень.

За тяжкістю перебігу ВХ виділяють:

- легкий перебіг: строк загоєння виразки – 4 тижні для ВХ ДПК та 6 тижнів для ВХШ; ремісія – більше 1 року; відсутність ускладнень (27–30% хворих);
- перебіг середньої тяжкості: строк загоєння виразки – від 1 до 2 місяців; ремісія – менше 1 року; відсутність ускладнень (25% хворих);
- тяжкий перебіг: нетипова локалізація виразок, численні дефекти (3 та більше), строк загоєння – більше 2 місяців або відсутній, часті рецидиви – більше 2 разів на рік або безперервно-рецидивуючий тип перебігу (40–45% хворих).

Діагностика: діагноз ВХ ДПК і ВХШ та її морфологічний субстрат визначається тільки за допомогою езофагогастро-дуоденоскопії з прицільною біопсією СОШ і ДПК. Установлюють топографію, число розмірів, стадію виразкового дефекту (I–IV стадія), констатують наявність ускладнень, вираженість, варіант і активність супутнього ГД, контамінацію СОШ і НР.

При гістологічному дослідженні біоптатів із периульцерозної зони СОШ (при ВХШ) виявляють гостре запалення з інфільтрацією і стазом, атрофію різної виразності; у біоптатах СО ДПК (при ВХ ДПК) – гостре запалення з інфільтрацією і повнокров'ям, гіперплазією дуоденальних залоз, розростання сполучної тканини. Гістологічно в біоптаті визначають наявність НР і ступінь обсіменіння (мікробної забрудненості) СО (+, ++, +++).

Рентгенологічне дослідження проводять тільки у випадку неможливості виконання ендоскопічного дослідження. Абсолютні РО ознаки ВХ (симптом «ниші», конвергенція складок у бік виразкового дефекту, рубцево-виразковий деформації) у дитячому віці виявляються тільки в 18–25% хворих.

Д. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

№ п/п	Індикатори	Порогове значення					Методика вимірювання (обчислення)	Заходи впливу
		2013	2014	2015	2016	2017		
1	Забезпечення навчання медичного персоналу медико-організаційним технологіям клінічного протоколу	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	Кількість одиниць медичних працівників, які задіяні у виконанні медико-організаційних технологій даного клінічного протоколу і пройшли навчання x100/ загальна кількість медичних працівників, які задіяні у виконанні клінічного протоколу (фізичних осіб)	Наявність наказу по закладу про впровадження клінічного протоколу, забезпечення мотивації медичного персоналу до впровадження клінічного протоколу
2	Проведення ендоскопічного дослідження ДПК і шлунку	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Кількість дітей, яким зроблено езофагогастро-дуодено скопію з прицільною біопсією СОШ x100/ кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу ВХ ДПК і ВХШ	Забезпечення лікувальних установ ендоскопами і наявність фізичних осіб лікарів-ендоскопістів
3	Нормалізація ендоскопічної картини у пацієнтів із ВХ ДПК і ВХШ при виписці	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	Кількість дітей, у яких відсутні зміни слизової оболонки ДПК і шлунку при виписці x100/ кількість дітей які звернулися в лікувальний заклад з приводу ВХ ДПК і ВХШ	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу
4	Зниження наявність НР-інфекції при виписці	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	Кількість дітей, у яких реєструється відсутність НР-інфекції ДПК і шлунку при виписці x100/ кількість дітей, які звернулися в лікувальний заклад з приводу ВХ ДПК і ВХШ	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу
5	Після санаторно-курортного лікування поліпшення самопочуття, нормалізація розмірів печінки, поліпшення лабораторних показників, поліпшення адаптаційно-приспосувальницького потенціалу організму	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	Кількість дітей, у яких не реєструється загострення хвороби протягом року після санаторно-курортного лікування x100/кількість дітей, які звернулись у лікувальний заклад після санаторно-курортного лікування протягом року з приводу загострення захворювання	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу

ДОДАТОК 2. Сучасні схеми лікування НР-інфекції у дітей

I. Однотижнева потрійна терапія з препаратом вісмуту (переважно для дітей до 12 років):

1) Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател (фуразолідон)

2) Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін (рокситроміцин)/ кларитроміцин (азитроміцин) + фамотидин (ранітидин).

II. Однотижнева потрійна терапія з блокаторами Н+/К+ – АТФази (переважно дітям після 12 років):

1) Омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател.(фуразолідон)

2) Омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин) / кларитроміцин (азитроміцин) + колоїдний субцитрат вісмуту.

III. Однотижнева квадротерапія (терапія посилення 2-ї ланки, переважно дітям після 12 років):

колоїдний субцитрат вісмуту + омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател (фуразолідон).

Усі препарати призначаються 2 рази на день (вранці та ввечері) протягом 7 днів. Азитроміцин – 1 раз на день протягом трьох останніх днів тижневого курсу.

Дози препаратів, що використовуються в схемах ерадикаційної проти НР-терапії у дітей:

- колоїдний субцитрат вісмуту – 4–8 мг/кг на добу (максимум 480 мг на добу);
- амоксицилін – 25 мг/кг (максимум 1 г на добу);
- кларитроміцин – 7,5 мг/кг (максимум 500 мг на добу);
- рокситроміцин (суммамед) – 10 мг/кг (максимум 1 г на добу);
- ніфурател – 15 мг/кг;
- фуразолідон – 10 мг/кг;
- омепразол – 0,5–0,8 мг/кг (максимум 40 мг на добу);
- пантопразол – 20–40 мг на добу;
- ранітидин – 2–8 мг/кг (максимум 300 мг на добу);
- фамотидин – 1–2 мг/кг (максимум 40 мг на добу).

Директор Департаменту реформ
та розвитку медичної допомоги МОЗ України

М. К. Хобзей

Подвійна відповідь дисбактеріозу



Дорослим по 2–3 капсули на добу
Дітям від 5 років по 1–2 капсули на добу



Дітям від 28 днів життя по 1 флакону 1–2 рази на добу
Дорослим по 1 флакону 2–3 рази на добу

ЕНТЕРОЖЕРМІНА — СУЧАСНИЙ ПРОБІОТИК-БІОЕНТЕРОСЕПТИК подвійної дії, що усуває патогенну та відновлює нормальну мікрофлору кишечника^{1,2,4}

- ✓ Швидко усуває діарею у пацієнтів з кишковим дисбактеріозом³
- ✓ Має протимікробну та імунomodulatory дію⁴
- ✓ Можна застосовувати одночасно з антибіотиками^{1,2}

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Ентерожерміна капсули. Наказ МОЗ України № 596 від 16.09.2011. Р.П. МОЗ України № UA/4234/02/01 від 16.09.2011.
² Інструкція для медичного застосування препарату Ентерожерміна суспензія для перорального застосування. Наказ МОЗ України № 632 від 03.10.2011. Р.П. МОЗ України № UA/4234/01/01 від 01.09.2010.
³ Адаптовано Арцезе А. Пробиотическая активность *Bacillus clausii* при диарее у детей // Современная педиатрия. — 2008. — № 4 (21). — С. 166–169.
⁴ Звягінцева Т.Д., Сергієнко О.І., Чернобай А.І., Шаргород І.І., Гаманенко Я.К. Діагностика та лікування дисбактеріозу // Методичні рекомендації. — Харків, 2012.
⁵ Адаптовано Скрыпник І.Н. Роль и место современного пробиотика Энтерожермина в лечении заболеваний внутренних органов // Здоров'я України. — 2009. — № 11 (216).

Інформація призначена для медичних установ та лікарів

Зберігати в недоступному для дітей місці. Реклама: лікарський засіб. ТОВ «Санофі-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жиланська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. www.sanofi.ua

SANOFI