

2023-FEVRAL



**TIBBIYOT AKADEMIYASI**

**RESPUBLIKA ILMIY-USLUBIY JURNALI**

**TIBBIYOT AKADEMIYASI**



**+998 97 277 78 01**



**WWW.REANDPUB.UZ**



**INFO@REANDPUB.UZ**

**R.A.P**



**CYBERLENINKA**



**BASE**



**OpenAIRE**



**Google  
Scholar**

## EDITOR IN CHIEF

ABDURAHMONOV ABDUSHOKIR ABDUKARIMOVICH

PREPARING FOR PUBLISHING

HAKIMOVA AZIZA XAYDARALIYEVNA

## BOSH MUHARRIR

ABDURAHMONOV ABDUSHOKIR ABDUKARIMOVICH

NASHRGA TAYYORLOVCHI

HAKIMOVA AZIZA XAYDARALIYEVNA

## TAHRIR KENGASH A'ZOLARI

**Azimov Jumanazar Turg'unovich**

O'zbekiston Respublikasi Qurolli kuchlari Akademiyasi dosenti. Fizika-matematika fanlari falsafa doktori. PhD.

**Dr. Israilov Mamarakhim**

Doctor of Philosophy (Ph.D) Technics., Associate professor of the Department of "Natural Sciences" of the Academy of Armed Forces of the Republic of Uzbekistan

**Maksudova Furuza Xurshidovna**

Toshkent farmatsevtika institutining «Dori vositalarining sanoat texnologiyasi» kafedrasini mudiri

**Kojikbaeva Ziyada Adilbaevna**

Qoraqalpoq davlat universiteti Jurnalistika kafedrasini dotsenti

**Allaberganova Gulchehra Masharipovna**

Navoiy davlat konchilik va texnologiyalar universitetining "Umumiy fizika" kafedrasini dotsenti

**Shamshiyeva Hulkar**

Toshkent shahri Olmazor tumani Abdulla Qodiriy nomidagi ijod maktabi matematika o'qituvchisi

**Soliyev Hayitboy Mirzadavlatovich**

Namangan muxandislik-qurilish instituti Transport fakulteti Transport logistikasi kafedrasini, texnika fanlari bo'yicha falsafa doktori PhD, dotsenti

**Ustaboyev Abdullo Raximjonovich**

Namangan muxandislik-qurilish instituti Transport fakulteti Transport logistikasi kafedrasini, texnika fanlari bo'yicha falsafa doktori PhD, katta o'qituvchi

**Matyakubova Yulduzxon Amanbayevna**

Urganch davlat Universiteti Tabiiy fanlar fakulteti Biologiya kafedrasini, qishloq ho'jaligi fanlari nomzodi, dotsent

**Mirzabdullaeva Gulnora Muxammadjon qizi**

Namangan muhandislik-qurilish instituti menejment kafedrasini assistenti

**Berdikulov Sirojjon Nasipkulovich**

Academy of the Ministry of internal affairs of the Republic of Uzbekistan Social-Humanitarian professor of the Department of Sciences, Doctor of philosophy, professor

**Shukhrat Batirovich Djabbarov**

Ph.D. (Tech.), Department of "Wagons and wagon facilities", Tashkent State Transport University

**Shokirova Havasxon Nurmamatovna**

Farg'ona xalq ta'limi boshqarmasi Ta'lim markazi direktori

**Baratova Maxbuba Mubinjanovna**

O'zbekiston davlat jahon tillari universiteti dotsenti, falsafa fanlari nomzodi, dotsent

**Dauletmuratova Zamira Usnatdinovna**

Qoraqalpoq davlat universitetining Qoraqalpoq tilshunosligi kafedrasining assistent-o'qituvchisi

**Shokirova Havasxon Nurmamatovna**

Farg'ona xalq ta'limi boshqarmasi Ta'lim markazi direktori

**Xakimniyazov Jolmurza Xojabekovich**

Qoraqalpoq Davlat Universiteti Tarix fakulteti Tarix fanlari nomzodi docent

**Qodirov Ziyoidin Mamadalievich**

Andijon davlat universiteti o'zbek tilshunosligi kafedrasini katta o'qituvchisi

**Alimjon Tojiev Mo'ydinovich**

Andijon davlat universiteti o'zbek tilshunosligi kafedrasini dotsenti

**Tojiboeva Gulxumor Raxmonjonovna**

Andijon davlat universiteti umumiy psixologiya kafedrasini katta o'qituvchi

**Yunusova Gulshod Nazixovna**

Namangan davlat universitetining «Amaliy matematika va axborotlartexnologiyalari» kafedrasini katta o'qituvchisi

**Ergashev Bobirjon Boxodirovich**

Pedagogik innovatsiyalar, kasb-hunar talimi boshqaruv hamda pedagog kadrlarini qayta tayyorlash va ularning malakasini oshirish instituti Malaka oshirish va qayta tayyorlash fakulteti dekani

**Abdugapparov Farkhod Sultonakhmadovich**

PhD, Senior Lecturer, Department of Chemistry, Andijan State University, Republic of Uzbekistan.

**Nabieva Saidaxon Abduvaxobovna**

Toshkent davlat texnika universiteti Sanoat iqtisodiyati va menejmenti kafedrasini dotsenti (PhD)

**ZAKIROVA RUXSONA YUNUSOVNA**

Toshkent farmatsevtika institutining Dori vositalarining sanoat texnologiyasi kafedrasini v/b dotsenti

**Raxmatullaeva Gulnora Kutbitdinovna**

TTa nevrologiya va tibbiy psixologiya kafedrasini dotsenti

**Achilova Sanobar Sabirovna**

Urganch davlat universiteti kimyoviy texnologiyalar fakulteti Ozik ovkat kafedrasini dotsenti

**Turakulov Ibroxim Ravshanovich**

O'zbekiston-Finlandiya pedagogika instituti Aniq-tabiiy va jismoniy madaniyat fakulteti Sport turlarini o'qitish metodikasi kafedrasini v.v.b.dotsenti

**Usmonaliev Risolat Umaralievna**

Surxondaryo viloyati pedagoglarni yangi metodikalarga o'rgatish milliy markazi "Ijtimoiy- iqtisodiy fanlar metodikasi" kafedrasini katta o'qituvchisi

**Sobirov Abdulxay Shukirovich**

Alisher Navoiy nomidagi Toshkent davlat universiteti ma'naviyat va ma'rifat bo'yicha prorektori

**Jo'rayev Hamza Hamraqulovich**

Uzbekiston-Finlyandiya pedagogika instituti, San'atshunoslik fakulteti, Tasviriy san'at va muxandislik grafikasi kafedrasini dotsenti

**Erkaboy Yu. Dardibaev**

Toshkent davlat agrar universiteti, Dexkonchilik va melioratsiya kafedrasini professori

**Saidova Markhabo Xabibullo kizi**

DOCTOR OF PHILOSOPHY (PH.D) in ECONOMICAL SCIENCES

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Худайберганава Н.Х., Рахматуллаева Г.К., Тагаева М.Х.

Ташкентская медицинская академия

**Аннотация.** Высокая распространенность патологии верхних отделов пищеварительного тракта среди детского населения является важной и актуальной социальной и медицинской проблемой. В мире растёт число детей с хроническими воспалительными заболеваниями органов пищеварения. Патология верхних отделов пищеварительного тракта очень часто начинается в дошкольном и школьном возрасте.

Распространённость детей с патологией верхних отделов пищеварительного тракта, особенности течения, высокий риск ранней инвалидизации, среди которых центральное место занимает гастродуоденальная патология, актуальная проблема наших дней. Все это делает актуальным научные разработки в плане поиска наиболее эффективных мер диагностики, этиотропной и патогенетически обоснованной терапии, реабилитации и профилактики этой распространенной патологии. Можно отметить, что хронический гастродуоденит крайне редко встречается в виде монозаболевания. Изменения со стороны гуморального и клеточного звеньев иммунитета могут способствовать переходу заболевания в неблагоприятные или осложненные варианты. В статье рассматриваются этиология и патогенез, патоморфоз, диагностика и современные методы лечения данной патологии. Описывается течение заболевания и его особенности при сопутствующей патологии.

Статья содержит данные литературных источников и результаты исследований ряда авторов по особенностям течения патологии гастродуоденальной зоны у детей.

Анализируется роль этиологических, провокационных факторов и сопутствующей патологии на течении хронического гастродуоденита.

**Ключевые слова:** гастродуоденит, особенности, нейровегетативные нарушения, патоморфоз, клиника, лечение.

В последние годы в мире продолжает сохраняться устойчивая тенденция к росту числа детей, больных хроническими воспалительными заболеваниями органами гастродуоденальной зоны. Это делает особенно актуальной проблему этиопатогенеза, диагностики, клиники, лечения детей с хроническими гастритами, гастродуоденитами, язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки [2, 13]. Гастроэнтерологическая патология, в том числе хронические заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) у детей, представляют серьезную медико-социальную проблему ввиду их высокой распространенности, особенностей течения и высокого риска ранней инвалидизации [18]. Все это делает актуальным научные разработки в плане поиска наиболее эффективных мер диагностики, этиотропной и патогенетически обоснованной терапии, реабилитации и профилактики этой распространенной патологии [2, 15].

В последнее десятилетие имеет место не только отсутствие тенденции к снижению распространенности патологии ВОПТ у детей, но и отмечается ее неуклонный рост [2, 9]. По данным различных авторов, частота ее в последние годы выросла в 2-2,5 раза, что связано как с истинным увеличением числа больных воспалительными поражениями ВОПТ, так и с использованием новых диагностических приемов [10]. Проводился анализ показателей распространённости болезней органов пищеварения у детей в зарубежных странах за последние 20 лет [2, 16], где отмечается значительный рост гастроэнтерологической патологии у детей и имеет место неконтролируемое увеличение частоты заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки [15, 16].

Особенности течения хронического гастродуоденита (ХГД) в детском возрасте связаны с наличием критических периодов, затрагивающих формирование желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) вследствие неравномерного роста и системно-органной дезинтеграции на фоне интенсивных морфофункциональных изменений, незрелости ферментных систем, напряженности обменных процессов и перестройки нейроэндокринной системы организма [11, 18].

По мнению А.М. Запруднова (2008), с этим связано сочетанное вовлечение в патологический процесс желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), печени,

билиарной системы, поджелудочной железы и кишечника [6]. Кроме того, имеет значение общий эмбриогенез, обуславливающий тесную структурно-функциональную взаимосвязь верхних отделов пищеварительного тракта [9].

Это приводит к частому выявлению нарушений со стороны работы сфинктерного аппарата верхних отделов пищеварительного тракта у детей с ХГД [10].

Так, по данным О.В. Дробышевой (2009), изменения со стороны работы кардиального сфинктера выявлены у 65,8% детей с ХГД в виде недостаточной функциональной активности; дисфункция сфинктера Одди с преобладанием спазма диагностирована в 60,5% случаев; суммарно нарушения сфинктерного аппарата были документированы у 84,2% детей [5]. Вследствие этого дисфункциональные расстройства билиарного тракта и поджелудочной железы (ПЖ) относятся к самой распространённой и ранней сопутствующей патологии у детей и подростков при заболеваниях гастродуоденальной зоны, выявляемой практически в 80-100% случаев [9]. Развитие симптомов, характерных для гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), встречается несколько реже, в среднем у 40,8% детей [17].

Можно отметить, что хронический гастродуоденит крайне редко встречается в виде монозаболевания. Как правило, в патологический процесс вовлекается весь желудочно-кишечный тракт с выявлением билиарных дисфункций у 71% больных, дисфункции сфинктера Одди по панкреатическому типу у 30%, синдрома раздражённого кишечника у 22%, с сохранением проявлений нарушенного полостного и пристеночного процессов пищеварения как в фазе обострения, так и ремиссии [12, 23].

С этим связан тот факт, что у трети детей в фазе ремиссии хронического гастродуоденита на фоне успешной эрадикации хеликобактерной инфекции сохраняется синдром кишечной диспепсии. Сохраняющиеся в фазе ремиссии хронического гастродуоденита изменения со стороны микроэлементного статуса в виде снижения уровня эссенциальных микроэлементов (меди, марганца, селена, железа) и дисбактериоз кишечника, выявляемые в 100% случаев с уменьшением количества облигатной флоры (бифидобактерий, лактобактерий) и повышением численности условно-патогенной флоры (представителей семейства стрептококков,

грибов рода *Candida*), и могут быть расценены как факторы, влияющие на сохранение комплекса клинико-функциональных изменений в фазе ремиссии основного заболевания [4].

В исследовании ЭГДС у всех детей выявлены сочетанные воспалительные изменения СО желудка и двенадцатиперстной кишки [18]. Морфологическая картина у большинства больных соответствовала хроническому диффузному антральному гастриту в стадии обострения. К особенностям патоморфоза заболевания следует отнести то, что при длительном инфицировании *Нр* функциональные и морфологические изменения в СО желудка и двенадцатиперстной кишки обусловлены как патогенными свойствами микроба, так и действием иммунных механизмов. Большинство исследователей предполагают, что иммунные механизмы являются ключевыми в формировании того или иного варианта гастродуоденальной патологии, определяя характер тканевых изменений [10].

Изменения со стороны гуморального и клеточного звеньев иммунитета могут способствовать переходу заболевания в неблагоприятные или осложненные варианты [22].

Открытие австралийскими лауреатами Нобелевской премии Робинсом Уорреном и Барри Маршалом этиопатогенетической роли *Helicobacter pylori* (*Нр*) в возникновении хронических воспалительных заболеваний верхних этажей пищеварительного тракта позволило разработать новые подходы к диагностике и лечению этой группы больных [12].

Согласно результатам исследования, нарушения местного иммунного статуса СО проявляются воспалительными изменениями в желудке и двенадцатиперстной кишке преимущественно аллергического генеза с участием атопических IgE-зависимых механизмов, с преобладанием диффузных форм поражения гастродуоденальной слизистой и *Нр*-инфицированием антрального отдела [18]. Таким образом, к особенностям патоморфоза заболевания в детском возрасте следует отнести значительное повышение содержания клеток, определяющих тканевый иммунный ответ, и увеличение количества IgE-плазмочитов [10]. Данные

исследования свидетельствуют о том, что для дальнейшего совершенствования всей системы диспансернодинамического наблюдения детей с хроническими гастродуоденитами необходимо учитывать их патоморфоз. Поскольку на протяжении длительного срока клинико-морфологическая ремиссия Hр-ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны отсутствует, необходимо диспансерное наблюдение больных по индивидуальному плану с рекомендацией ежеквартального осмотра педиатром-гастроэнтерологом [18]. Следует обратить внимание родителей на необходимость выполнения врачебных рекомендаций, информировав их о не благоприятном прогнозе хронических заболеваний гастродуоденальной локализации [19].

На фоне патоморфоза эрозивного гастродуоденита в детском возрасте течение данного страдания имеет свои особенности: нередко атипичное, бессимптомное (без болевое) начало, быстрое прогрессирование, приводящее к развитию атрофии слизистой оболочки (СО) верхних отделов пищеварительного тракта [21] с явлениями дисплазии, что без сомнения ухудшает прогноз течения болезни и создает в дальнейшем у ряда пациентов старшего возраста риск канцерогенеза [16]. В современных неблагоприятных условиях наметилась отчетливая тенденция к прогрессированию патологического процесса и развитию осложнений заболевания. Нередко гастродуоденит трансформируется в язвенную болезнь [20]. Убедительно показано, что у 60-80% взрослых больных формирование эрозивно-язвенного процесса начиналось в детском возрасте [9]. Поэтому остается весьма актуальной проблема адекватного лечения ЭГД у детей. Она переросла в настоящее время из чисто медицинской задачи в острую социальную проблему, что связано как с широкой распространенностью заболевания, так и высокой общей стоимостью лечения, приводящим к значительным затратам в масштабах всей страны [10, 23]. На сегодняшний день одна из самых распространенных инфекций среди детской популяции на земле – *H. Pylori*.

Особенностями клинической картины у детей с гастродуоденитами, ассоциированными с *H. pylori*, ведущим является абдоминальный болевой синдром умеренной интенсивности (до 5 баллов) с локализацией в эпигастральной или

пилородуоденальной области [17]. Боль возникала натошак/ в ночные часы, купируясь преимущественно приёмом лекарственных препаратов [12].

Гастродуоденит, ассоциированный с *H. pylori*, достоверно чаще сочетается с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Кроме этого, у детей данной группы отмечается более высокая степень активности воспалительного процесса по результатам эндоскопического и морфологического исследований [14].

Оптимальной схемой антихеликобактерной терапии у детей с хроническими гастродуоденитами в настоящее время является следующее сочетание препаратов: висмута трикалия дицитрат + нифурател + макролид или амоксициллин. При выраженной гиперацидности, особенно у детей старше 10 лет трехкомпонентная антихеликобактерная терапия должна дополняться четвертым компонентом – ингибитором протонных помп. С целью иммунокоррекции при рецидивирующем течении, при выраженной гиперацидности *Hp*-ассоциированных гастродуоденитов у детей старше 10 лет правомочно применение иммуностимулятора иммуномакса [10, 12, 15]. У детей с хроническим гастродуоденитом отмечается стадийность изменений со стороны вегетативного тонуса: для периода обострения характерна преимущественная активация симпатического звена вегетативной нервной системы с гиперсипатикотонической вегетативной реактивностью, для периода стихания обострения и ремиссии – преобладание ваготонии с асимпатикотоническим типом вегетативного обеспечения [8].

Отсутствие восстановления вегетативного гомеостаза в периоде ремиссии хронического гастродуоденита является причиной нарушенной регуляции секреторной и моторной функций верхних отделов пищеварительного тракта, приводящих к последующим обострениям. Кроме того, сохраняющиеся проявления синдрома вегетативной дисфункции приводят к уменьшению резервных возможностей организма с повышенным риском возникновения срыва адаптации и вовлечению в патологический процесс других органов и систем [3].

В клинике хронического гастродуоденита у большинства детей выявляются многообразные расстройства нервной системы (центральной и вегетативной). У



детей с синдромом вегетативной дистонии преимущественно отмечаются надсегментарные вегетативные расстройства.

Выраженность неврологических нарушений находится в прямой зависимости от длительности и тяжести хронического гастродуоденита, наследственной предрасположенности, наличия в анамнезе неврологических расстройств [1].

У детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническими гастродуоденитами выявлены особенности клиники, вегетативного статуса и частоты семейной отягощенности, связанные с наличием эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки.

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, эрозивным гастродуоденитом выявлено преобладание негативных типов родительского отношения (принятие-отвержение, инвалидизация) – 78,4 и 54,3% соответственно [12]. Для них также характерно влияние ситуаций хронического действия (враждебная, жестокая семья, эмоционально отвергающая семья, семья, не обеспечивающая надзора и ухода, чуждое окружение за рамками семьи, алкоголизм родителей, низкий уровень доходов семьи) и эмоционального угнетения. У больных с хроническим гастродуоденитом без эрозии слизистой оболочки преобладали быстротечные и острые значимые психотравмирующие ситуации; чаще отмечали гармоничное воспитание (социальная желательность поведения, симбиоз) [7].

У детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и эрозивным гастродуоденитом в психосоциальной структуре темперамента наиболее часто встречались предметная и социальная эргичность, эмоциональность, социальная эмоциональность и социальная желательность, нейротизм, интраверсия, преобладали сила и подвижность нервных процессов торможения ( $p < 0,001$ ). Для больных с поверхностными гастродуоденитами наиболее характерны пластичность, социальная пластичность, темп, социальный темп, эмоциональность, высокая сила и подвижность нервных процессов возбуждения.

Выявлены достоверная прямая и обратная корреляционные внутригрупповые связи между семейно-бытовыми факторами, типами родительского отношения,

психосоциальными, психофизиологическими характеристиками. Это указывает на сложность механизмов, запускающих психо-вегетовисцеральные нарушения.

В качестве прогностических критериев развития язвенной болезни

двенадцатиперстной кишки можно использовать следующие показатели:

интраверсия (9,3), инвалидизация (7,2), подвижность процесса торможения (7,2), эмоционально отвергающая семья (6,4), нарушение качества питания (5,3). Для

хронического эрозивного гастродуоденита прогностическими являются:

интраверсия (8,6), низкий уровень доходов семьи (7,6), подвижность процесса торможения (5,6), нарушение качества питания (5,2), эмоционально отвергающая семья (5,1). Характер течения хронического гастродуоденита без эрозии слизистой оболочки можно прогнозировать по подвижности процессов возбуждения (5,5); семье, не обеспечивающей надзора и ухода (5,3); экстраверсии (5,2).

Чувствительность алгоритма прогнозирования – 82% [7].

#### **Выводы:**

1. Проблема этиопатогенеза, диагностики, клиники, лечения детей с хроническими гастритами, гастродуоденитами, язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки является актуальной, так как неуклонно растет число детей больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны.
2. Течение хронического заболевания гастродуоденальной зоны имеет свои особенности. Это важно при выборе дальнейшей тактики лечения.
3. Хронический гастродуоденит редко является монозаболеванием.
4. У детей с патологией гастродуоденальной зоны выявлены особенности клиники, вегетативного статуса и частоты семейной отягощенности.

#### **Использованная литература**

1. Акимова ВП, Кокуркин ГВ. Нейровегетативные нарушения у детей с хроническим гастродуоденитом. Вестник Чувашского университета. 2009; 2:316-7. Русский.
2. Воробьева АВ. О проблеме лечения хронического гастродуоденита у детей // Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). 2013 [цитируется

20 декабря 2013 г.]; 1: [около 6 стр.]. Русский. Доступно по адресу:

<http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4670.pdf>.

3. Гурова М.М., Успенский Ю.П. Особенности вегетативной регуляции у детей подросткового возраста с хроническими гастродуоденитами в зависимости от стадии течения заболевания. Кубанский научный медицинский вестник. 2010;8:122. Русский.
4. Гурова ММ, Циркунова ВВ. Сопутствующие заболевания органов пищеварения у детей подросткового возраста с хроническим гастродуоденитом. Вестник новгородского государственного университета. 2014; 78:37-43. Русский.
5. Дробышева ОВ, Ботвиньев ОК. Функциональное состояние кардиального и пилорического сфинктеров, сфинктера Одди у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и при отсутствии дисплазии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2009;19(5):39-43. Русский.
6. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Филин В.А., Сафонов А.Б. и др. Достижения отечественной гастроэнтерологии: истоки, современное состояние, перспективы. Педиатрия. 2008;87(6):8-13. Русский.
7. Котовский А.В., Сироткин Е.А. Прогнозирование характера течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического гастродуоденита у детей. Саратовский научно-медицинский журнал. 2008;3(21):84-7. Русский.
8. Ледяев М.Ю., Степанова О.В., Шахова Н.В. Синдром вегетативных дисфункций у детей: мифы и реальность. Лечащий врач. 2009; 1:27-9. Русский.
9. Сапожников ВГ, Воробьева АВ. Объективные критерии хронических заболеваний органов пищеварения у детей. Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). 2015 [цит. 28 января 2015]; [tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5062.pdf](http://tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5062.pdf). DOI: 10.12737/7593.
10. Сапожников ВГ, Добродеева ЛК, Бейюзеров ВП. Иммунокорригирующая терапия у детей с хеликобактераассоциированными заболеваниями. Российский педиатрический журнал. 1998 год; 2:66-7. Русский
11. Сапожников В.Г., Куклина Н.А., Щеплягина Л.Л. Клиническое значение изучения факторов риска при хеликобактерпозитивной форме хронического

гастродуоденита у детей. Российский педиатрический журнал. 1998; 6:25-9.

Русский.

12. Сапожников В.Г., Сапожников С.В. Лечение хеликобактерассоциированных гастродуоденитов у детей. Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). 2013 [цитируется 2 декабря 2013]; 1: [около 4 стр.]. Русский. Доступно по адресу: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/2013-1/4570.pdf>.

13. Сапожников В.Г., Сапожников Л.Г., Заблудский А.П. О пилорическом геликобактериозе у детей. Педиатрия. 1993; 4:61-4. Русский.

14. Сапожников В.Г., Куклина П.А. Об этиопатогенетической роли пилорического геликобактериоза в развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. Педиатрия. 1997; 1:67-72. Русский.

15. Сапожников В.Г. Современные методы диагностики и лечения гастродуоденальной патологии у детей. Архангельск, 1997. Рус.

16. Сапожников В.Г. Хеликобактериоассоциированные гастродуодениты у детей. Медицинская газета. 2014; 42:9. Русский.

17. Сапожников В.Г. Хронические воспалительные заболевания органов гастродуоденальной зоны у детей. Архангельск, 1995. Рус.

18. Сапожников В.Г. Эхография желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). 2013 [цитировано 23 октября 2013 г.]; 1: [около 6 стр.]. Русский. Доступно по адресу: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4596.pdf>.

19. Сичинава И., Горелов И., Шершевская А. Патоморфоз хронического гастродуоденита у детей в течении 6 лет после антихеликобактерного лечения. Врач. 2011; 8:11-4. Русский.

20. Baskerville A, Newell D. Естественно возникающий хронический гастрит и инфекция *Campylobacter pylori* у макак-резусов: потенциальная модель гастрита у человека. Кишка. 1988;29(4):465-72.

21. Лайне Л., Сухауэр Л., Франц Дж. и соавт. Низкая частота появления резистентных к кларитромицину *Helicobacter pylori* на фоне амоксициллиновой терапии. Алимент. Фармакол. тер. 1998;12(9):887-92.

22. Соарес Ф., Роша А., Роша С. и др. Различия в фенотипах лимфоцитов периферической крови у *Helicobacter pylori*-позитивных детей и взрослых с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. клин. микробиол. Заразить. 2007;13(11):1083-8.
23. Касим А., Себастьян С., Торнтон О. и др. Эрадикационная терапия *Helicobacter pylori* на основе рифабутина и фуразолидона после неудачных попыток стандартной эрадикации первой и второй линии у пациентов с диспепсией. Алимент. Фармакол. тер. 2005;21(1):91-6.