

**ХАРАКТЕР ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С НР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ****Аннотация**

В данной статье изложены данные о состоянии микрофлоры кишечника у детей с хроническими гастродуоденитами в периоде обострения и неполной ремиссии, а также особенности клинических проявлений хронического гастродуоденита в различные периоды заболевания.

**Ключевые слова:** гастродуоденит, микрофлора кишечника, дети.

**FEATURES DYSBITIC DISTURBANCES OF INTESTINAL MICROFLORA IN CHILDREN WITH HP-ASSOCIATED GASTRODUODENITIS.****Abstract**

In this article presents materials on the status of the intestinal microflora in children with chronic gastroduodenitis in the period of exacerbation and partial remission, and clinical manifestations of chronic gastroduodenitis in different periods of the disease.

**Keywords:** gastroduodenitis, intestinal microflora, children.

Хеликобактериоз желудка, выявляемый в среднем у 60-70% детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) [1, 2, 3] и дисбиоз кишечника являются важными звеньями общего патологического процесса вовлечения всего желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и организма в патологический процесс на фоне ХГД [3, 4]. Это позволило ряду авторов (Корсунский А.А., Выхристюк О.Ф., 2004) рассматривать хеликобактериоз как частных случай дисбиоза слизистой оболочки желудка (СОЖ) [3]. К изменениям, ассоциированным с хеликобактериозом, относятся нарушения нейроэндокринной регуляции ЖКТ за счёт редукции холинэргических волокон, снижения числа G- и D-эндокринных клеток желудка (Белоусов С.Ю., 1999), изменения со стороны толстой кишки в виде микроскопического колита [7, 3]. Особого внимания заслуживает тот факт, что даже в случае успешно проведенной антихеликобактерной терапии не отмечается полного купирования клинических симптомов в 70-75% случаев за счёт сохраняющихся проявлений симптомов мальабсорбции и дисбактериоза кишечника, модифицирующих течение заболевания в фазе ремиссии [6].

Принимая во внимание недооценку особенностей состояния микрофлоры кишечника в фазе ремиссии ХГД, целью настоящего исследования явилось изучение состояния микрофлоры кишечника у детей с ХГД в различные фазы течения заболевания.

**Материалы и методы.** С 2013 по 2014 год на базе ГБУЗ Брянской городской детской поликлиники №2 было проведено обследование 50 детей (39 девочек и 11 мальчиков) с ХГД в периоде обострения (средний возраст 15 лет) и 30 детей (20 девочек и 10 мальчиков) в периоде неполной ремиссии (через 3 месяца после успешной эрадикации хеликобактерной инфекции). Группу сравнения составили 22 ребенка – школьники 9 класса средней школы с 1 группой здоровья, сопоставимых по возрасту и гендерному составу с детьми основной группы. Хеликобактерная инфекция диагностировалась с помощью гистологического метода. В периоде обострения у 100% обследуемых детей выявлена хеликобактерная (НР) инфекция. В фазе обострения ХГД дети получали 3-х компонентную эрадикационную терапию в течение 10 дней, включавшую ингибитор протонной помпы (омепразол), амоксициллин (флемоксина солютаб) и кларитромицин (кларид) в стандартных дозировках. Успешность эрадикации подтверждалась на основании негативных результатов трех методов исследования – Хелик-теста, Хелпил-теста и с помощью гистологического метода.

Методы исследования включали сбор анамнеза и жалоб, объективное обследование, клинический анализ крови, анализ мочи, биохимические анализы крови, анализ кала на определение яиц глистов, скрытой крови, копрограмму.

Состояние микрофлоры кишечника изучалось на основании исследования кала на дисбактериоз бактериологическим методом. Результаты оценивались в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника», приказ №231 от 9 июня 2003г. Кал собирался до начала эрадикационной терапии ХГД, а так же через 3 месяца после успешной эрадикации НР.

Математико-статистическая обработка данных проведена с использованием программы Statplus и Microsoft Exel 7.0 для Windows-XP.

**Результаты и их обсуждение**

Особенности клинических проявлений у детей с ХГД в различные периоды заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характер жалоб у детей с хроническими гастродуоденитами в фазе обострения и ремиссии

| Жалобы                        | Фаза обострения, количество больных, n=50 абс (%), 95% ДИ | Фаза ремиссии, количество больных, n=30 абс (%), 95% ДИ | P      |
|-------------------------------|---|---|--------|
| Боли в животе                 | 50 (100)  | 8 (26,6)<br>22 – 31,2                                   | 0,0033 |
| Боли в эпигастральной области | 50 (100)  | 0 (0)   |        |
| Боль в животе около пупка     | 22 (44)<br>38,7 – 47,9                                    | 8 (26,6)<br>22 – 31,2                                   | 0,0033 |
| Тошнота, рвота                | 32 (64)<br>58,7-67,9                                      | 6 (20)<br>16,5- 25,7                                    | 0,001  |
| Изжога                        | 21 (42)<br>36,8 – 45,7                                    | 3 (10)<br>4,28 - 13,48                                  | 0,0053 |
| Урчание по ходу толстой кишки | 19 (38)<br>33,2 – 42,1                                    | 36 (40)<br>35,4 – 44,6                                  | 0,679  |
| Послабление стула             | 11 (22)<br>13,8- 22,38                                    | 4 (13,3)<br>8,7 – 17,9                                  | 0,864  |
| Запоры                        | 11 (22)<br>16,5- 25,7                                     | 11 (36,6)<br>33,1 – 42,3                                | 0,019  |
| Вздутие живота                | 8 (16)<br>10,9 – 20,1                                     | 9 (30)<br>25,4 – 34,6                                   | 0,0451 |

В фазе обострения у детей с ХГД в клинической картине преобладал болевой синдром (в 100% случаев) и проявления желудочной диспепсии (в 64%), тогда как в фазе неполной ремиссии при значительном уменьшении проявлений болевого синдрома и симптомов желудочной диспепсии, преобладали проявления кишечной диспепсии (метеоризм, вздутие живота, нарушения стула). Изменение клинической картины положительно коррелировали ( $p < 0,01$ ) с признаками дисбактериоза, сохраняющимися в фазе неполной ремиссии. Изменения со стороны микрофлоры представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Динамика показателей микрофлоры кишечника в различные фазы течения ХГД

| Микроорганизмы  | Дети в периоде обострения<br>N=50 (группа 1) | Дети в периоде неполной<br>ремиссии N=30 (группа 2) | P      |
|---|--|---|--------|
| Бифидобактерии (снижение)   | 10 (20%)                                     | 27 (90%)  | 0,0001 |
| Лактобактерии (снижение)  | 15 (30%)                                     | 25 (90%)  | 0,0001 |
| Латозонегативная кишечная палочка (повышение)                       | 5 (10%)                                      | 16 (53%)  | 0,0001 |
| Кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью (снижение) | 17 (34%)                                     | 20 (66%)  | 0,0068 |
| Стафилококк золотистый  | 4 (8%)                                       | 6 (20%)   | 0,12   |
| Дрожжеподобные грибы (повышение)                                    | 8 (16%)                                      | 11 (36%)  | 0,0445 |
| Энтерококки (снижение)  | 15 (30%)                                     | 17 (56%)  | 0,021  |

В периоде обострения ХГД изменения со стороны микрофлоры кишечника наблюдались у 48/96% детей, преимущественно за счет уменьшения облигатной и повышения численности условно-патогенной флоры. Через 3 месяца после эрадикации НР нарушения микрофлоры кишечника наблюдались у всех детей (100%). При этом в фазе неполной ремиссии изменения со стороны микрофлоры кишечника носили даже более выраженный характер, чем в периоде обострения за счет увеличения численности условно-патогенной флоры (дрожжеподобных грибов, латозонегативной кишечной палочки) и снижения численности нормофлоры (преимущественно бифидо- и лактобактерий).

#### Выводы

Нарушения со стороны микрофлоры кишечника отмечаются как в периоде обострения, так и периоде неполной ремиссии хронического гастродуоденита. При этом в периоде неполной ремиссии они носят более выраженный характер, характеризуясь уменьшением облигатной (бифидо- и лактобактерий) и ростом условно-патогенной флоры (дрожжеподобные грибы, латозонегативная кишечная палочка).

Принимая во внимание выявленные изменения со стороны микрофлоры, можно заключить, что коррекция дисбиотических нарушений необходима на всех этапах лечения НР-ассоциированных гастродуоденитов у детей.

#### Литература

- Капустина Т.Ю. Современные аспекты антихеликобактерной терапии у детей // Практика педиатра. – 2008. – № 3. – С. 41–44.
- Корсунский, А.А. Helicobacter pylori – ассоциированные заболевания как педиатрическая проблема // Рос. пед. журн. – 2002. – № 5. – С. 48-50.
- Корсунский А.А., Щербakov П.Л., Исаков В.А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей // Медпрактика. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – 168 с.
- Урсова Н.И. Хеликобактерная инфекция у детей: проблема, анализ обобщенных данных // Лечащий врач. –2009. – № 6. – С. 14–17.
- Новикова В.П., Цех О.М., Оришак Е.А. Состояние микрофлоры тонкой кишки при хроническом гастродуодените // Вопросы практической педиатрии. –2009. –№ 4. – С. 14-20.
- Гурова М.М. Клинико-патогенетические особенности течения хронических гастродуоденитов у детей старшего возраста в периоде обострения и ремиссии // Врач-аспирант. – 2011. –№ 44. –С. 412-418.
- Rolfe R.D. The role of probiotic cultures in the control of gastrointestinal health // J. Nutr. 2000. Vol. 130, № 10. P. 396 – 402.

#### References

- Kapustina T.Ju. Sovremennye aspekty antihelikobakternoj terapii u detej // Praktika pediatria. – 2008. – № 3. – S. 41-44.
- Korsunskij, A.A. Nelicobacter pylori – associirovannye zabojevanija kak pediatricheskaja problema // Ros. ped. zhurn. – 2002. – № 5. – S. 48-50.
- Korsunskij A.A., Shherbakov P.L., Isakov V.A. Helikobakterioz i bolezni organov pishhevarenija u detej // Medpraktika. – M.: ID Medpraktika-M, 2002. – 168 s.
- Ursova N.I. Helikobakternaja infekcija u detej: problema, analiz obobshhennyh dannyh // Lechashhij vrach. –2009. – № 6. – S. 14–17.
- Novikova V.P., Ceh O.M., Orishak E.A. Sostojanie mikroflory tonkoj kishki pri hronicheskom gastroduodenite // Voprosy prakticheskoj pediatrii. –2009. –№ 4. – S. 14-20.
- Gurova M.M. Kliniko-patogeneticheskie osobennosti techenija hronicheskij gastroduodenitov u detej starshego vozrasta v periode obostrenija i remissii // Vrach-aspirant. – 2011. –№ 44. –S. 412-418.
- Rolfe R.D. The role of probiotic cultures in the control of gastrointestinal health // J. Nutr. 2000. Vol. 130, № 10. P. 396 – 402.

#### ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ / PHARMACEUTICS

Лагуткина Т.П.<sup>1</sup>, Бахлал М.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Профессор кафедры управления и экономики фармации медицинского факультета, <sup>2</sup>аспирант, магистр делового администрирования

Российский университет дружбы народов

#### ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ АСПЕКТОВ ПРОДВИЖЕНИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ ЕГИПТА

#### Аннотация

Научно обоснована программа анализа маркетинговых коммуникаций, используемых различными субъектами фармацевтического рынка Египта, предложен инструментарий исследования, изучены приемы и методы формирования оптимальной политики продвижения для национальных и иностранных фармацевтических компаний-производителей.

**Ключевые слова:** фармацевтические компании, фармацевтический рынок Египта, маркетинговые коммуникации, продвижение.

Lagutkina T.P.<sup>1</sup>, Bahlol M.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor of Pharmaceutical Management and Economics of Pharmacy, <sup>2</sup>Post Graduate Student, Master of Business Administration