

гидролиза аммиак через несколько минут поступал в воздух ротовой полости. С помощью специальной индикаторной трубкой определяли уровень уреазы в выдыхаемом воздухе в обе фазы. Чувствительность и специфичность метода ХЕЛИК-тест оценивали при сравнении с данными гистологического метода.

Результаты исследования. При проведении неинвазивного дыхательного ХЕЛИК-теста у 18 из 19 пациента первой группы тест был положительный, т. е. исследование подтвердило присутствие *Helicobacter pylori* у пациента. Чувствительность дыхательного ХЕЛИК-теста составила 94,74%. Во второй группе только у одного из 18 *Helicobacter pylori*-негативных пациентов, при дыхательном ХЕЛИК-тесте получен положительный результат. Специфичность метода составила 94,44%. Следует отметить, что у пациента с отрицательным результатом при дыхательном ХЕЛИК-тесте, морфологически было обнаружено минимальной степени контаминация микроорганизма *Helicobacter pylori*. Это дает основание полагать, что в дальнейшем данный метод можно использовать не только как качественный, но и как количественный тест для изучения степени контаминации *Helicobacter pylori*.

Выводы. Дыхательный метод определения *Helicobacter pylori* ХЕЛИК-тест с индикаторной трубкой обладает высокой чувствительностью (94,74%) и специфичностью (94,44%). Метод может быть рекомендован как точный неинвазивный метод для диагностики и для оценки эффективности эрадикации *Helicobacter pylori*. Положительный результат ХЕЛИК-теста при отрицательном гистологическом методе можно объяснить тем, что при проведении ХЕЛИК-теста определяются не сам *Helicobacter pylori*, а продукты его жизнедеятельности и он сам может не включен в биопсию. Метод неинвазивный, прост для применения, может быть использован в амбулаторных условиях, особенно при исследовании коморбидных пациентов с противопоказаниями для проведения инвазивных методов диагностики *Helicobacter pylori*.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI*, С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

¹ Лазебник Л. Б., ² Рустамов М. Н.

¹ Научное общество гастроэнтерологов России, г. Москва, Россия

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

Цель исследования. Изучить эффективность комбинированного применения питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов при медицинской реабилитации больных дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

Материал и методы исследования. Обследовано 150 пациентов с *Helicobacter pylori* — позитивной дуоденальной язвой в возрасте от 20 до 60 лет, женщин — 76, мужчин — 74. Пациенты были рандомизированы на три сходные по клинической характеристике группы, по 50 пациентов в каждой. Всем пациентам до и после курса лечения проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией, микробиологическое исследование фекалий на дисбиоз. Пациенты первой группы получали кларитромицин по 500 мг, амоксициллин по 1000 мг и омепразол по 20 мг — все 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем омепразол по 20 мг 2 раза в течение 20 дней. Пациенты второй группы получали то же лечение, с добавлением пробиотика по одной капсуле в день, каждая капсула которого содержит 3,025 миллиарда живых лиофилизированных бактерий *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и бактерий *Bifidobacterium bifidum*, стойких к антибиотикам. Пациенты третьей группы получали пробиотика по одной капсуле в день, омепразол 20 мг 1 раз в сутки и углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную (минерализация 8,0 – 10,0 г/л) воду Эссентуки № 4 по 150 – 200 мл 3 раза в день за 90 минут до приема пищи, дегазированную, подогретую до 38 °С. Лечение во всех группах проводили в течение одного месяца.

Результаты исследования. Болевой синдром встречался у 82%, диспепсические жалобы — у 70% пациентов во всех трех группах. У 62% больных до лечения был выявлен дисбиоз кишечника различной степени, который выражался в снижении уровня облигатной группы бактерий (93%) и повышении уровня условно патогенной микрофлоры (71%). На фоне эрадикационной терапии у 50% пациентов первой группы возрастала частота имеющихся диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных такие жалобы появились впервые на фоне проводимой терапии и сохранялись еще в течение 1,5 месяца после лечения. Пациенты второй группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 74%, уменьшение — в 20% и без динамики в процессе лечения — в 6% случаев. Пациенты третьей группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 78%, уменьшение — в 20% случаев. У пациентов третьей группы достоверно улучшился кишечный микробиоценоз. Во второй группе достоверно уменьшилось количество пациентов с дисбиозом, который определялся до лечения, но в 8% случаев появились новые случаи дисбиоза. В первой группе наблюдалось достоверное увеличение количества пациентов с дисбиозом кишечника и усугубление степени дисбиоза. Эрадикация *Helicobacter pylori* составила

70, 82 и 80% в первой, во второй и третьей группах соответственно. Эндоскопический контроль показал, что заживление дуоденальной язвы происходило в 82, 84 и 86 случаев в первой, второй и третьей группах соответственно.

Выводы. Стандартная эрадикационная терапия вызывает или усугубляет имеющийся дисбиоз кишечника, увеличивает частоту диспепсических жалоб, у 42% пациентов такие жалобы появляются на фоне проводимой терапии. Добавление пробиотиков к традиционной терапии повышает эффективность эрадикации, улучшает переносимость лечения, кишечный микробиоценоз, однако вызывает новые случаи дисбиоза (8%). Комбинированное применение питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов является наиболее оптимальной, безопасной методикой при медицинской реабилитации пациентов дуоденальной язвой, которая позволяет снизить медикаментозную нагрузку на больной организм, повысить комплаенс пациентов и эффективность лечения.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* К КЛАРИТРОМИЦИНУ У ДЕТЕЙ СЕВЕРНОЙ ОСЕТИИ

Базрова Ф. В., к. м. н.; Бораева Т. Т., д. м. н.;
 Дзедисова Ф. С., к. м. н.; Матвеева У. В., к. м. н.;
 Хетагурова Ю. Ю., к. м. н.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ
 E-mail: fatima-bazrova@yandex.ru

Формирование резистентности *Нр* к кларитромицину обусловлено точечными хромосомными мутациями, приводящими к замене нуклеотидов в различных участках 23S рРНК, что нарушает связывание антибиотика с мишенью воздействия. Целью и задачами нашего исследования явилось изучение результативности эрадикационных схем терапии гастродуоденальных заболеваний у детей Северной Осетии с учетом антибиотикорезистентности штаммов *Нр*.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 100 детей в возрасте от 7 до 18 лет с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, ассоциированных с инфекцией НР. Определение резистентности *Нр* к кларитромицину проводилось с помощью ПЦР в биоптате слизистой оболочки антрального отдела желудка по выявлению участков нуклеиновых кислот 16SrРНК, 23SrРНК, что позволяет изучить антибиотикорезистентность выделенных культур. Исследование проводилось в ООО НИЛ «Диагностика» НИИЭМ РАМН (Санкт-Петербург).

Результаты исследования. Наше исследование показало, что у детей Северной Осетии резистентность *Нр* к кларитромицину составила 13,1%, что не превышает допустимый для проведения стандартной тройной терапии 20%-ный порог, что позволяет использовать кларитромицин в схемах

эрадикационной терапии. Однако на практике схемы с метронидазолом (ИПП + амоксициллин + метронидазол в течение 10 дней) и особенно с кларитромицином и метронидазолом (ингибитор протонной помпы (ИПП): омепразол или эзомепразол + кларитромицин + метронидазол в течение 10 дней), имели достоверно более низкую эффективность. Схема с кларитромицином и метронидазолом помимо низкой эффективности хуже переносится детьми, поэтому не может быть рекомендована в детской практике. Наибольшую эффективность имели схемы ИПП + амоксициллин + Де-Нол в течение 10 дней и ИПП + амоксициллин + Де-Нол + макмирор в течение 10 дней. Именно они, по нашему мнению, могут быть рекомендованы как предпочтительные.

Выводы: 1) резистентность *Нр* к кларитромицину у детей Северной Осетии составляет 13%; 2) наиболее эффективными схемами эрадикации являются схема с одним антибиотиком — амоксициллином в сочетании с ИПП и Де-нолом и схема квадротерапии: ИПП + амоксициллин + Де-нол + Макмирор.

ОСОБЕННОСТИ ШТАММОВ *HELICOBACTER PYLORI* У ДЕТЕЙ СЕВЕРНОЙ ОСЕТИИ

Базрова Ф. В., к. м. н.; Бораева Т. Т., д. м. н.;
 Дзедисова Ф. С., к. м. н.; Матвеева У. В., к. м. н.;
 Хетагурова Ю. Ю., к. м. н.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ
 E-mail: fatima-bazrova@yandex.ru

Связь *Helicobacter pylori* (*Нр*) с определенными формами гастродуоденальной патологии может варьировать в зависимости от региональных особенностей, этнической принадлежности, социального и экономического статуса и возраста детей. Учитывая существующие региональные особенности штаммов *Нр*, целью нашей работы явилось изучение характера гастродуоденальной патологии и особенностей токсигенности и антибиотикорезистентности штаммов *Нр* у детей Северной Осетии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 1265 детей в возрасте от 7 до 18 лет с поражениями органов пищеварения. Определение токсигенности и резистентности *Нр* к кларитромицину проводилось с помощью ПЦР в биоптате слизистой оболочки антрального отдела желудка по выявлению генов CagA, различных аллелей VacA — s1m1, s1m2, s2m2, участки нуклеиновых кислот 16S rРНК, 23S rРНК, ответственные за детерминирование тех или иных патогенных свойств *Нр*, что позволяет типировать и дифференцировать штаммы бактерий по патогенности, изучить антибиотикорезистентность выделенных культур. Исследование проводилось в ООО НИЛ «Диагностика» НИИЭМ РАМН (Санкт-Петербург).

Результаты и выводы. Среди 61 больных, у которых методом ПЦР выявлен *Нр*, у 8 (13,1%) встречались мутации, определяющие резистентность