

АХМАДЕЕВА Э.Н., НИЖЕВИЧ А.А., КУЧИНА Е.С., САТАЕВ В.У., БИЛАЛОВ Ф.С. УДК 616.33+616.342-036-053.2  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

## «Последовательная» схема лечения *H. pylori* инфекции в педиатрической практике

**Теоретическая основа:** Среди хронических заболеваний пищеварительной системы поражение органов гастродуоденальной зоны составляет 70-75%. Гастродуоденальная патология у детей представляет значительную медико-социальную проблему вследствие широкой распространенности, склонности к хроническому рецидивирующему течению и развитию серьезных осложнений (Файзуллина Р.А., 2008 г.). Важное значение в этиологии и патогенезе хронического гастрита и гастродуоденита имеет *Helicobacter pylori*-инфекция, которую сложно устранить в связи с высокой склонностью к изменчивости и резистентностью этого микроорганизма. В работах, посвященных терапии хронического гастрита у детей, показатели эрадикации колеблются в широких пределах — от 24 до 99% (среднестатистический показатель эрадикации — 75-77%), при этом ни одна из схем не гарантирует 100%-ного излечения. Целью данного исследования является изучение эффективности применения пилотной схемы последовательной терапии *H. pylori* у детей в сравнении с традиционной схемой лечения.

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 37 детей в возрасте 13-17 лет (16 мальчиков, 21 девочка, средний возраст — 15,2 года) с подтвержденным диагнозом хронического гастродуоденита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*. После рандомизации пациенты образовали две группы. В I (контрольной) группе (19 пациентов) была использована схема тройной терапии первой линии, рекомендованной консенсусом Маастрихт-3: рабепразол — 1 мг/кг/день + тинидазол — 50 мг/кг/день + амоксициллин — 50 мг/кг/день в течение 10 дней. Вторая (II) группа (18 пациентов) получала последовательную (sequential) схему лечения: рабепразол — 1 мг/кг/день + амоксициллин — 50 мг/кг/день в течение 5 дней, начиная с 6 дня, последовательно: рабепразол — 1 мг/кг/день + тинидазол — 50 мг/кг/день + кларитромицин — 15 мг/кг/день в течение 5 дней. Для контроля эффективности проведенного лечения через 4 недели после завершения курса терапии был использован неинвазивный дыхательный уреазный тест («Хелик-тест», АМА, СПб.).

**Результаты исследования и обсуждение:** При эндоскопическом исследовании у пациентов были выявлены: очаговая/диффузная гиперемия слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки (31 пациент),

гипертрофия складок с увеличением фолликулов в области луковицы двенадцатиперстной кишки (6 пациентов), слизь в большом объеме с примесью желчи (11 пациентов). При сопоставлении данных эндоскопической картины у пациентов обеих групп достоверных различий обнаружено не было ( $p > 0.05$ ).

Побочные реакции при проведении лечения отмечены у детей обеих групп. В первой группе пациентов, получавших «классическую» схему лечения, были отмечены: тошнота — 3 пациента (15,8%), диарея — 2 (10,5%), головная боль — 1 (5,2%), рвота — 1 (5,2%), снижение аппетита — 3 (15,8%). Побочные реакции у детей второй группы были отмечены реже: тошнота — у 1 пациента (5,6%), диарея — 1 (5,6%), снижение аппетита — 1 (5,6%). Один пациент первой группы в связи с возникшими побочными явлениями прервал курс лечения и не явился на контрольный осмотр. Опираясь на представленные данные, можно сделать вывод о том, что применение последовательной терапии можно рассматривать как более щадящий метод лечения, реже сопровождаемый побочными явлениями, чем «классическая» схема эрадикации, что особенно актуально в детском возрасте.

Контрольное исследование, проведенное через 4 недели, показало, что в первой группе, получавшей традиционную схему лечения, эрадикация была достигнута у 14 детей (ИТТ — 73,7%, РР — 77,8%, т.к. один пациент прервал курс лечения в связи с побочными эффектами). Во второй группе, получавшей последовательную схему терапии, эрадикация была достигнута у 16 детей (ИТТ — 88,9%, РР — 88,9%). Статистический анализ подтвердил достоверность различий в величине эрадикационного потенциала между первой и второй группами пациентов ( $\chi^2$ -тест,  $p < 0.05$ ).

**Заключение:** Использованная схема последовательной терапии продемонстрировала высокую эффективность эрадикации *H. pylori* (88,9%), высокий комплаенс и хорошую переносимость, связанную в первую очередь с уменьшением продолжительности медикаментозной нагрузки каждого из лекарственных препаратов.

Схемы последовательной (sequential) терапии могут быть рекомендованы для широкого использования в педиатрической практике в режиме терапии первой линии и представляются серьезной альтернативой имеющимся традиционным схемам лечения *H. pylori*.