

17. Царев О. А., Прокин Ф. Г., Набегаев А. И., Царева Е. Ю. Возможности снижения уровня ампутации конечности у больных с атеросклеротической гангреной путем прямой реваскуляризации: Материалы 16-й Международной конф. Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. Москва, 2005. С. 319–320.

18. Шор Н. А., Жаданов В. И. Поясничная симпатэктомия у больных облитерирующим атеросклерозом при тяжелой ишемии нижних конечностей: Материалы Международной конф. «Реконструктивные операции у больных с критической ишемией» // Ангиология и сосудистая хирургия (приложение). 1998. № 2. С. 229–230.

19. Luther M. Surgical treatment of chronic critical leg ischaemia. A five-year follow-up of survival, mobility, and treatment level // Eur. J. Surg. 1998. Jan. № 164 (1). P. 35–43.

20. Sorensen St., Schoeder T. When revascularization is not possible // Crit. Ischaemia. 1995. № 4 (3). P. 89–92.

21. Vayssairat M., Gouny P., Baudot N. et al. Arterite distale des membres inferieurs: sympathectomie lombaire // J. des Maladies Vasculaires. 1994. № 19. P. 174–177.

T. G. GJURDZHIJAN

POSTPONING RESULTS OF UNRECONSTRUCTED INTERVENTION UNDER DECOMPENSATIVE CHRONICLE ISCHEMIA OF LOWER EXTREMITIES

Resume: The work is dedicated to the problem of surgical treatment under decompensative of chronicle ischemia in lower extremities under atherosclerotic injuries of main arterial bed. In this case reconstructed operations are not possible. On the basis of analysis of postponing results in 290 traditional unreconstructed operations of 150 patients the author recommends their wide use above mention situations. In this situation they are worked their own scale of estimation.

Key words: chronicle ischemia of lower extremities, atherosclerosis, unreconstructed intervention.

И. А. ЖДАНОВА, О. В. ДОЛБНЕВА, И. А. СОЛТЫЕВА, Т. Д. ЗУБКОВСКАЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

Связь наличия *Helicobacter pylori* (НР)-инфекции и развития гастродуоденальной патологии не оставляет сомнений у гастроэнтерологов [1, 3]. Частота выявления *H. pylori*-инфекции у детей 7–11 лет с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта превышает 50%, у старших детей – почти 80% [6, 13].

При поверхностных поражениях слизистой гастродуоденальной зоны НР обнаруживается у 36–81% детей, при деструктивно-язвенных изменениях – в 90–100% наблюдений. Инфицированность НР пропорционально увеличивается с возрастом детей и длительностью заболевания [15, 17]. Бактерия может персистировать в организме человека до тех пор, пока не будет проведена эрадикационная терапия.

Эрадикация НР является основой терапии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, ассоциированных с данной инфекцией. В соответствии с современными положениями лечение НР-инфекции должно быть экономически доступным для больного, хорошо переноситься, обеспечивая достаточно высокую частоту эрадикации НР (не менее 80%) (16, 20). Длительность такой терапии должна составлять не менее 7 дней.

Наиболее широко используется трехкомпонентная схема с ингибитором протонной помпы (ИПП) и двумя антибиотиками. Действие этих препаратов направлено как на снижение кислотообразующей функции желудка, так и на уничтожение РН на слизистой оболочке.

ИПП не обладают антихеликобактерной активностью, но их действие направлено на повышение pH желудочного секрета. При этом вегетативные формы НР, существующие на поверхности слизистой оболочки антрального отдела желудка, защищающие себя от воздействия кислоты аммиачной оболочкой, в щелочных условиях погибают под воздействием образованного

ими же аммиака. Происходит своеобразное «самоубийство» НР. Те бактерии, которые сохранились в фундальном отделе в виде кокков, при увеличении pH в желудке переходят в вегетативную форму и становятся доступными воздействию антибиотиков. Таким образом, ИПП, не оказывая прямого влияния на НР, создают условия для воздействия на них антибиотиков [18, 23]. При использовании сочетания омепразола с макролидами (кларитромицин, рокситромицин) отмечается повышение биодоступности обеих групп препаратов, что увеличивает воздействие макролидных антибиотиков на НР. Комбинации ИПП с другими антибактериальными препаратами синергизма не проявляют, именно поэтому наиболее эффективными и в то же время самыми короткими (до 7 дней) являются схемы лечения, включающие в свой состав ИПП и макролиды [18, 21].

Схемы тройной терапии, основанные на применении ИПП и антибактериальных препаратов (кларитромицин/хиконцил, амоксициллин/фромидил), в настоящее время считаются наиболее удачными [4, 5, 10, 11]. Они дают стабильно высокий процент эрадикации инфекции НР, подразумевают двухрежимный прием лекарственных средств, что очень удобно для пациентов. Применение ИПП сопровождается быстрым исчезновением боли и диспепсических симптомов. Кроме того, выбор данных препаратов сделан на основе многолетнего наблюдения за эффективностью применения лекарственных средств у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) по двум критериям: соотношению цена/качество и переносимости пациентами [11]. Европейское общество педиатров по изучению *H. pylori* (ESPGHN) отдает предпочтение использованию эрадикационных трехкомпонентных схем, сочетающих ИПП и два антибиотика [19].

Анализ применения данных комбинаций показал в целом их высокую эффективность как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Очевидно, что одной из наиболее приоритетных задач в гастроэнтерологии продолжают оставаться научное обоснование и внедрение в практику оптимальных схем эрадикационной терапии с учетом региональных особенностей.

Материалы и методы

Для оценки эффективности схем эрадикационной терапии 90 детей подросткового возраста (68 мальчиков и 22 девочки) от 12 до 18 лет (средний возраст $15,2 \pm 2,8$), страдающих заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, ассоциированными с *H. pylori*-инфекцией, были разделены на три равные группы. Длительность заболевания до включения в исследование была: в первой группе – $5,1 \pm 2,7$ года, во второй – $4,9 \pm 2,4$, в третьей – $5,2 \pm 2,1$.

Наряду с выяснением жалоб, анамнеза заболевания, физикальным осмотром, лабораторным и ультразвуковым исследованием всем пациентам проводили ЭГДС до лечения, через 4–6 недель и 6 месяцев после завершения эрадикационной терапии, РН-метрию. Наличие обсемененности НР слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка определяли с помощью быстрого уреазного теста.

Для оценки эрадикации НР использовали данные быстрого уреазного теста и определение ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР (НПФ «Литех» НИИ физико-химической медицины, г. Москва, руководитель д. б. н. проф. В. М. Говорун).

Первая группа пациентов получала следующую терапию: омепразол (ультоп), кларитромицин (фромилд) и амоксициллин (хиконцил) фирмы «KRKA» (Словения), вторая группа – те же антибактериальные препараты и омепразол (омез) фирмы «Dr. Reddy's Laboratories» (Индия) и третья – два антибактериальных препарата фирмы «KRKA» и эзомепразол (нексиум) фирмы «Astra Zeneca» (Швеция).

Продолжительность лечения составила 7 дней. Дозы препаратов назначали в соответствии с Рекомендациями по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у детей, принятыми на IX съезде педиатров России «Детское здравоохранение России: стратегия развития» (февраль 2001 года, Москва).

Переносимость лечения была хорошей у всех детей трех групп.

Оценка клинической эффективности антихеликобактерной терапии проводилась по следующим критериям: сроки купирования болей в животе, тошноты, рвоты, отрыжки, изжоги, болезненности при пальпации живота и уровня эрадикации НР.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ анамнестических данных показал, что у обследованных детей признаки поражения пищеварительного тракта появились в дошкольном возрасте либо в период обучения в начальной школе.

Длительность заболевания менее одного года отмечена у 1 подростка (1,1%), 1 год – у 7 (7,8%), от 3 до 5 лет – у 38 (42,2%) и более 5 лет – у 44 (48,9%) детей. В среднем длительность заболевания к моменту поступления в отделение составила $5,1 \pm 2,4$ года. Среди обследованных 30 детей (33,3%) были жителями городов, станиц и хуторов – 60 (66,7%). 64 (71,1%) ребенка были из полных семей, а 26 (28,9%) – из неполных. 36 (35,6%) детей были из семей с достаточ-

ным и 4 (4,4%) с высоким уровнем материального благополучия. Но большая часть пациентов – 54 (60%) была из семей с низким уровнем достатка. Получали школьное питание лишь 32 подростка (35,6%). Имели вредные привычки: курили – 18 (20%) детей; случаи эпизодического потребления алкоголя зафиксированы у 5 (5,6%).

Отягощенный аллергологический анамнез имел 31 пациент (34,4%). У 9 (10%) детей отмечалась пищевая аллергия, у 15 (16,7%) – наличие лекарственной аллергии, у 5 (5,6%) – атопический дерматит, у 1 (1,1%) – бронхиальная астма, у 1 (1,1%) – поллиноз.

Среди перенесенных заболеваний в анамнезе обращают внимание инфекции верхних дыхательных путей, ангины, по поводу чего 13 (14,4%) детей получали ранее антибактериальную терапию. Кроме того, у 24 (26,7%) подростков имел место дисбиоз кишечника.

Наследственность по хроническому гастродуодениту была отягощена у 63 (70%) пациентов, из них по одной линии – у 47 (52,2%), по обоим линиям – у 16 (17,8%). Язвенная болезнь отмечена среди родителей и родственников у 17 (18,9%) детей.

В анамнезе заболевания ведущим клиническим проявлением был болевой синдром – 90 (100%) детей. Диспептический синдром чаще проявлялся в виде тошноты – 74 (82,2%), отрыжки – 42 (46,7%), изжоги – 38 (42,2%). У 38 (42,2%) детей отмечено нарушение стула, чаще со склонностью к запорам. Снижение аппетита или его избирательность отмечены у 79 (87,8%) детей. Характер болевого синдрома был разнообразным. У 72 детей (80%) боли носили тупой характер, колющие боли отмечались лишь у 4 (4,4%) подростков. В начале заболевания приступообразные боли отмечали 36 (40%) пациентов. Наиболее характерной локализацией были эпигастральная – 69 (76,7%) и околопупочная – 51 (56,7%) области. У 26 (28,9%) детей отмечена иррадиация в правое подреберье. По интенсивности у большинства детей боли были умеренными – 64 (71,1%), хотя отмечались и сильные – 15 (16,7%). Натошак боли в животе возникали у 56 (62,2%) детей, а у 8 (8,9%) боли усиливались после еды. К появлению болевого синдрома приводили погрешности в диете, еда всухомятку – 47 (52,2%) детей, физическая нагрузка и психоэмоциональный стресс соответственно у 30 (33,3%) и 18 (20%) детей.

Астеновегетативный синдром (утомляемость, слабость, раздражительность) проявлялся у половины обследуемых подростков – 52 (57,8%).

В процессе обследования у подростков были выявлены следующие сопутствующие заболевания: дискинезия желчевыводящих путей – у 29 (32,2%), хронический гепатит – у 12 (13,3%), хронический колит – у 21 (23,3%), дисбиоз кишечника – у 24 (26,7%). 33 (36,7%) ребенка страдали вегетососудистой дистонией, у 14 (15,6%) отмечались головные боли напряжения, у 1 (1,1%) – эпилепсия, у 2 (2,2%) – эутироидный зоб I степени.

Ни одному ребенку до поступления в гастроэнтерологическое отделение не был поставлен диагноз «хеликобактериоз».

Всем детям до начала лечения была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Выраженность изменений в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке оценивалась в зависимости от распространенности гиперемии слизистой оболочки (очаговая или диффузная), степени отека (пастозность или отек), наличия дефектов слизистой оболочки.

Изменения в пищеводе были выявлены у 18 (20%) пациентов, изменения в желудке – у 90 (100%)

подростков, в том числе наличие эрозий слизистой оболочки желудка – у 23 (25,6%) детей. Изменения в двенадцатиперстной кишке также имели место у 90 (100%) детей, причем у 57 (63,3%) выражена пастозность слизистой оболочки, у 24 (26,6 %) – эрозивный процесс на слизистой двенадцатиперстной кишки, а у 26 (28,9%) подростков диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Лимфофолликулярная гиперплазия, считающаяся патогномоничным признаком хеликобактерного гастрита (8), была выявлена нами эндоскопически лишь у 19 (21,1%) пациентов.

Отмечена высокая частота встречаемости у НР-позитивных детей дуоденогастрального рефлюкса – 44 (48,9%).

У детей первой группы, получавших лечение по схеме: ультоп, фромилд, хиконцил (УФХ), и второй – омез, фромилд, хиконцил (ОФХ) – достоверно реже, чем в третьей группе, с применением схемы: нексиум, фромилд, хиконцил (НФХ) – отмечена очаговая и диффузная гиперемия слизистой желудка, реже диагностирован дуоденогастральный рефлюкс, эрозии желудка. Эрозии ДПК достоверно реже наблюдались в группе детей, лечившихся по схеме УФХ.

Всем пациентам был проведен быстрый уреазный тест. У всех получен положительный результат.

Таким образом, все группы, получавшие различные схемы эрадикационной терапии, были сопоставлены по данным клинко-эндоскопического исследования, что явилось основанием для проведения в этих группах сравнительной оценки эффективности антихеликобактерной терапии.

Через 4–6 недель после проведения курса эрадикационной терапии при оценке динамики клинических симптомов выяснилось, что во всех группах независимо от используемой схемы статистически достоверно (или близко к статистически значимому) произошло снижение общего числа жалоб, а также частоты ведущих симптомов (боли в животе, тошнота, отрыжка, изжога, головные боли) по сравнению с исходными данными.

Болезненность при пальпации живота после проведения эрадикационной терапии по любой из изученных схем также отмечалась достоверно реже, чем до начала лечения. Однако у пациентов, получавших эрадикационную терапию по схеме УФХ, боли при пальпации живота через 4–6 недель наблюдались достоверно реже, чем у детей, получавших схемы ОФХ, НФХ.

Для оценки эффективности схем эрадикационной терапии с использованием ИПП мы сравнивали в динамике результаты эндоскопического обследования детей (табл. 1).

Таблица 1

**Эндоскопические показатели у детей
с хроническими НР-ассоциированными заболеваниями
до и через 4–6 недель после завершения эрадикационной терапии**

Эндоскопические показатели	Схемы лечения					
	УФХ (n=30)		ОФХ (n=30)		НФХ (n=30)	
	До лечения	Через 4–6 недель после лечения	До лечения	Через 4–6 недель после лечения	До лечения	Через 4–6 недель после лечения
Отек слизистой оболочки желудка	19 (63,3%)	5 (16,6%)	22 (73,3%)	7 (23,1%)	21 (70%)	6 (20%)
	P<0,001		P<0,001		P<0,001	
Диффузная гиперемия слизистой оболочки желудка	10 (33,3%)	2 (6,7%)	8 (26,7%)	3 (10%)	10 (33,3%)	3 (10%)
	P<0,01		P>0,05		P<0,05	
Эрозии слизистой оболочки желудка	8 (26,7%)	1 (3,63%)	5 (16,6%)	2 (6,7%)	10 (33,3%)	2 (6,7%)
	P<0,01		P>0,1		P<0,01	
Дуоденогастральный рефлюкс	14 (46,7%)	11 (36,7%)	13 (43,3%)	13 (43,3%)	17 (56,7%)	15 (50%)
	P>0,1		P>0,1		P>0,1	
Отек слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки	17 (56,7%)	5 (6,7%)	18 (60%)	6 (20%)	19 (63,3%)	6 (20%)
	P<0,001		P<0,001		P<0,001	
Гиперемия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки	30 (100%)	20 (66,7%)	30 (100%)	22 (73,3%)	29 (96,7%)	21 (70%)
	P<0,001		P<0,005		P<0,01	
Эрозии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки	7 (23,3%)	2 (6,7%)	8 (26,7%)	3 (10%)	9 (30%)	2 (6,7%)
	P>0,05		P>0,05		P<0,05	
Язва луковицы двенадцатиперстной кишки	10 (33,3%)	0 (0%)	6 (20%)	0 (0%)	10 (33,3%)	0 (0%)
	P<0,001		P<0,01		P<0,001	

Примечание: P – достоверность различий между показателями до и через 4–6 недель после лечения.

У всех пациентов с хроническим НР-ассоциированными заболеваниями сохранялись воспалительные изменения слизистой оболочки желудка, однако во всех группах отмечено уменьшение степени активности гастрита. Во всех группах отмечено статистически достоверное уменьшение отека слизистой оболочки и диффузной гиперемии ($P < 0,001$). При этом после лечения отек слизистой оболочки чаще сохранялся во второй (ОФХ) и третьей (НФХ) группах, чем в первой (УФХ), соответственно 23,3%, 20% против 16,6% в первой группе, равно как и диффузная гиперемия (соответственно 10% во второй и третьей группах против 6,7% в первой). Во всех группах достоверно уменьшилось число детей с эрозиями желудка: по схеме УФХ (3,3% против 26,7%, $P < 0,01$), ОФХ (6,7% против 16,6%, $P < 0,1$) и НФХ (6,7% против 33,3%, $P < 0,01$).

На частоту дуоденогастрального рефлюкса не повлияла ни одна из схем терапии.

Воспалительные изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки также выявлялись практически у всех детей через 4–6 недель после окончания эрадикационной терапии. Однако выраженность таких воспалительных изменений, как отек, гиперемия, статистически достоверно уменьшалась. В трех группах имело место статистически достоверное уменьшение числа детей с эрозиями слизистой оболочки ДПК. Рубцевание язвенных дефектов отмечено через 4–6 недель после окончания эрадикационной терапии у всех детей этой группы.

Однако в группах УФХ и НФХ достоверно уменьшилась воспалительная активность по большему числу показателей, чем в группе ОФХ, т. е. эти схемы представляются более эффективными с точки зрения клинико-эндоскопических показателей.

Для оценки НР-статуса пациентов через 4–6 недель мы пользовались положением, разработанным Европейской группой по изучению НР (1997), согласно которому наличие или отсутствие НР-инфекции может быть констатировано при совпадении результатов двух различных методов [16].

Нами использовались быстрый уреазный тест и неинвазивный метод определения ДНК *H. pylori* в копрофильтратах методом ПЦР. Мы установили, что через 4–6 недель после завершения лечения наиболее значительная эрадикация НР отмечалась в группе детей, получавших лечение по схеме НФХ (73,3%). В группе, получавшей лечение по схеме УФХ, эрадикация НР была подтверждена у 72,4%, а ОФХ – у 64,3% пациентов.

Результаты нашей работы, свидетельствующие об относительно невысокой частоте эрадикации в исследуемых группах (от 64,3% до 73,3%), согласуются с данными публикаций о том, что эффективность стандартных схем эрадикационной терапии при использовании в клинической практике далека от регистрируемой в клинических испытаниях (14).

Одной из возможных причин невысокой эффективности схем на основе омепразола может быть использование в данном исследовании препарата омез («Dr. Reddy's Laboratories», Индия), который уступает по эффективности такому препарату омепразола, как нексимум («Astra Zeneca», Швеция) [8].

По данным зарубежной литературы, процент эрадикации при применении ингибиторов протонной помпы у детей с НР-инфекцией варьировал от 58% до 93% [22].

Полученные нами результаты по применению схемы УФХ не совпадают с данными отечественных авторов, показавших высокую эффективность этой схемы (81,9–95%) при лечении взрослых [5, 9].

Вероятно, это можно объяснить более высокой степенью обсемененности *H. pylori* в Краснодарском крае, особенностями ферментной системы печени у пациентов исследуемых групп (СУРЗА и цитохрома Р-450), иммуногенетическими предпосылками со стороны макроорганизма, мутацией микроорганизма.

Однако, несмотря на то что эрадикация НР отсутствовала у 29 детей (32,2%) среди всех исследуемых, мы показали статистически достоверную клиническую эффективность используемых схем лечения (снижение общего числа жалоб и частоты ведущих симптомов, 100%-ное рубцевание язвенных дефектов), которая может быть связана с гастропротективным, антисекреторным, противовоспалительным действием препаратов, вошедших в выбранные эрадикационные схемы.

В последние десятилетия во всем мире происходит переоценка старых методов лечения и изучение новых лекарственных средств не только с точки зрения их эффективности, но и с точки зрения их экономичности [7].

По результатам лечения нами был проведен фармакоэкономический анализ применения трех вышеуказанных схем эрадикационной терапии методом «затраты – эффективность» [2], позволяющий соотносить расходы на лечение с эффективностью лечебных мероприятий. Единицей измерения эффективности была эрадикация *H. pylori*. Для проведения данного анализа соотношение «затраты – эффективность» для каждой схемы лечения определялось по формуле:

$CEA = DC : Ef$, где:

CEA – соотношение «затраты – эффективность» (показывает затраты, приходящиеся на единицу эффективности);

DC – прямые расходы (суммарная стоимость лекарственных препаратов на 7-дневный курс лечения);

Ef – эффективность лечения (процент детей, у которых не определяли НР через 4–6 недель после завершения курса лечения).

В нашем исследовании наименьшее соотношение «затраты – эффективность» обнаружено при использовании схемы УФХ. Эта схема оказалась не только одной из наиболее эффективных с точки зрения эрадикации НР (72,4%), но и наиболее рациональной экономически, т. к. характеризуется наименьшими затратами (537,9 руб.) на одного пролеченного пациента (табл. 2). Схема ОФХ показала второй результат по соотношению «затраты – эффективность» (538,9 руб.) при самом низком уровне эрадикации НР (64,3%). При использовании схемы НФХ затраты на единицу эффективности оказались в 2,5–3 раза выше, чем по двум другим схемам, при наивысшем уровне НР-эрадикации в нашем исследовании (73,3%).

Через 6 месяцев после завершения терапии было обследовано 46 из 61 ребенка с эффективной эрадикацией НР. Более чем у половины из них был диагностирован рецидив НР-инфекции, который сопровождался ухудшением клинико-эндоскопических показателей. Частота появления рецидива НР-инфекции в трех наблюдаемых группах достоверно не различалась и составляла от 29,2% до 37,5% (рисунок).

Можно предположить, что возникновение рецидива НР-инфекции, не зависящее от характера предшествующей эрадикационной терапии, связано с реинфицированием ребенка в семье или в детском коллективе [8, 12].

**Затратная эффективность схем эрадикационной терапии
при хронических НР-ассоциированных заболеваниях у детей**

Схема эрадикационной терапии	Средняя стоимость курса лечения (руб.)	Эрадикация НР через 4–6 недель лечения (%)	СЕА (руб.)
№ 1 (УФХ)	389,4	72,4	537,9
№ 2 (ОФХ)	346,5	64,3	538,9
№ 3 (НФХ)	1069,8	73,3	1459,5

Для выявления факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на эффективность эрадикационной терапии при НР-инфекции, наблюдаемые нами подростки были разделены на две группы в зависимости от результатов лечения. В первую группу вошли подростки, ответившие на эрадикационную терапию, – 61 ребенок, а во вторую – 29 детей, оставшихся НР-позитивными после лечения. Был проведен анализ социально-экономических условий и данных обследования родителей 90 детей на наличие *H. pylori*.

Уровень инфицированности родителей составил 61%, причем количество инфицированных матерей было выше, чем отцов.

Анализируя социально-бытовые условия семей, можно отметить прямую зависимость инфицирования от условия проживания (многодетные семьи, проживающие в густонаселенных квартирах или домах без достаточных бытовых удобств) и социального положения (табл. 3).

Многие дети из группы с персистенцией НР живут в семьях служащих (24,1%) и неработающих (34,5%), где уровень жизни невысокий.

Все эти данные подтверждают контактный путь хеликобактериоза от одного человека к другому, возможность реинфекции, тесную взаимосвязь между уровнем инфицированности и социокультурным пространством.

Выводы

Таким образом, результаты исследования показали, что первые признаки заболеваний органов пищеварения появляются в дошкольном либо младшем школьном возрасте. В возникновении заболевания органов пищеварения имеет значение не только на-

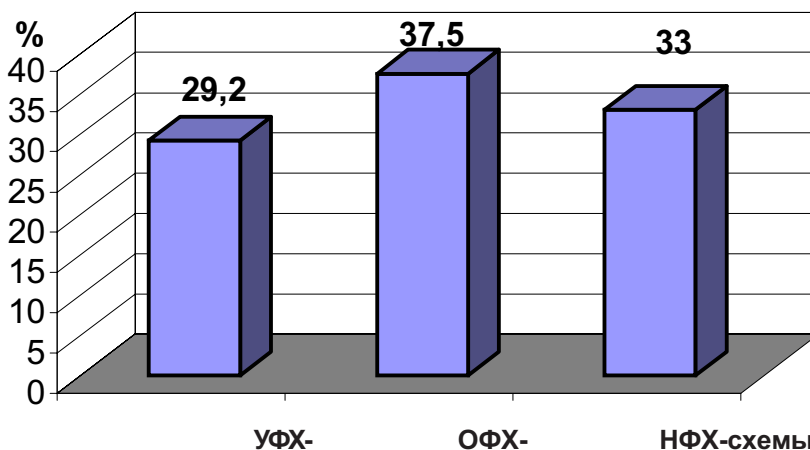
следственный фактор, но и уровень жизни семей, характер питания.

Возрастной промежуток от 7 до 14 лет является наиболее опасным для инфицирования и развития клинически значимого симптомокомплекса НР-ассоциированной патологии.

Хеликобактерная инфекция у детей проявляется в виде хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни. Клинических особенностей течения хеликобактериоза не выявлено. Множественные разнокалиберные выбухания, гиперемия слизистой оболочки желудка, наличие мутной слизи в просвете желудка, отек и утолщение складок антрального отдела, язвы луковицы двенадцатиперстной кишки являются эндоскопическими признаками хеликобактерной инфекции у детей.

Хеликобактериоз является в большей степени семейным заболеванием. Выявление в семье даже одного НР-инфицированного повышает риск заболевания для ребенка. Инфицированность *H. pylori* родителей детей, страдающих хеликобактериозом, составила 61%. Инфицирование хеликобактериями происходит между членами семьи, как правило, орально-оральным путем или через предметы личной гигиены и столовые приборы.

После проведения эрадикационной терапии на основе ингибиторов протонной помпы в сочетании с двумя антибактериальными препаратами у детей с хроническими НР-ассоциированными заболеваниями доказано улучшение качества жизни. Семидневная схема на основе омепразола (ультоп[®]), кларитромицина (фромилд[®]) и амоксицилина (хиконцил[®]) характеризуется оптимальными фармакоэкономическими показателями при хронических НР-ассоциированных



Частота возникновения рецидива НР-инфекции через 6 месяцев после лечения различными схемами эрадикационной терапии на основе ингибиторов протонной помпы

Анамнестические данные в группах детей с эффективной и неэффективной эрадикационной терапией

№ п/п	Данные анамнеза	Эрадикационная терапия эффективна (n=61)	Эрадикационная терапия неэффективна (n=29)	Достоверность результатов (P)
1	Неблагополучные социально-бытовые условия	8 (13,1%)	13 (44,8%)	P<0,005
2	Социальное положение родителей:			
	1) колхозники	24 (39,3%)	10 (34,5%)	P>0,1
	2) частные предприниматели	15 (24,6%)	2 (6,9%)	P<0,05
	3) служащие	6 (9,8%)	7 (24,1%)	P>0,05
	4) бизнес-люди	8 (13,1%)	0 (0%)	P<0,005
	5) неработающие	8 (13,1%)	10 (34,5%)	P<0,005

заболеваниях у детей (537,9 рубля на одного пролеченного больного), обеспечивая эрадикацию *H. pylori* у 72,4% пациентов, и может являться схемой выбора в лечении детей с хеликобактерной инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Щербаков П. Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии // Вопросы современной педиатрии. 2002, № 1 (1). С. 12–13.
2. Воробьев П. А., Вялков А. И., Якимов О. С. и др. Фармакоэкономика в России. Первый опыт. 1998. С. 79.
3. Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с *Helicobacter pylori* // Клини. мед. 1998, № 6. С. 11–15.
4. Захарова Н. В. Кларитромицин – стандартный компонент антихеликобактерной терапии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2003, № 3. С. 13–16.
5. Исаков В. А., Маев И. В., Ганская Н. Ю. и др. Сравнительный анализ эффективности двух схем эрадикации *Helicobacter pylori* на основе омепразола, кларитромицина и амоксициллина у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: результаты рандомизированного двойного-слепого контролируемого исследования // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2003, № 3. С. 8–12.
6. Карпина Л. М., Бельмер С. В. и соавт. Пилорический хеликобактер при язвенной болезни у детей: Материалы научно-практической конференции, посвященной 10-летию Республиканской детской клинической больницы. М., 1995.
7. Карпов О. И. Фармакоэкономика язвенной болезни. Взгляд из Санкт-Петербурга // Эксп. и клин. гастроэнтерология. 2002, № 5. С. 79–82.
8. Корсунский А. А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М.: «Мед. практика». 2002. 168 с.
9. Маев И. В. Место и значение ингибиторов протонной помпы в современном лечении язвенной болезни // Эксперимент. и клин. гастроэнтерология. 2003, № 3. С. 12–13.
10. Маев И. В., Вьючнова Е. С., Щекина М. М. Опыт применения омепразола Ultop («КРКА», Словения) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003, № 4. С. 81–85.
11. Маев И. В., Самсонов А. А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии // Consilium medicum. 2004, № 1. С. 6–11.
12. Щербаков П. Л., Выхристук О. Ф., Самсыгина Г. А. и др. Определение инфицированности *H. pylori* у детей из социально неблагополучных семей // Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*. М., 1999. С. 70–72.
13. Щербаков П. Л., Филин В. А., Мазурин А. В. Актуальные проблемы пилорического хеликобактериоза на современном этапе // Педиатрия. 1997, № 1. С. 7–11.
14. Bhazin D. K., Sharma B. C., Ray P. Comparison of seven and fourteen days of lansoprazole, clarithromycin and amoxicillin therapy for *Helicobacter pylori*: a report from India // *Helicobacter*. 2000, V. 5. P. 84–87.
15. Blecker U. South. Med. j. 1997. Vol. 90 (6). P. 570.
16. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. Gut 1997, № 41. С. 8–13.
17. Fall C. H., Goggin P. M., Hawtin P. et al. Arch. Dis. Childh. 1997, Vol. 77 (4). P. 310–314.

18. Gustavson L. E., Kaiser J. F., Edmonds A. L., et al. Effect of omeprazole on concentration of clarithromycin in plasma and gastric tissue at steady state. *Antimicrob Agents Chemother*. 1995, № 39. P. 2078–2083.

19. Gold B. D., Colletti R. B., Abbott M. et al. *Helicobacter pylori* infection in children: recommendations for diagnosis and treatment // *J. Pediatr. Gastroenter. Nutr.* 2000. V. 31. P. 490–497.

20. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C., et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht. 2 – 2000. Consensus Report. *Aliment Pharmacol. Ther.* 2002. P. 16.

21. Moshkowitz M., Reif S., et al. One-week triple therapy with omeprazole, clarithromycin, and nitroimidazole for *Helicobacter pylori* in children and adolescents. *Pediatrics*. 1988, № 102 (1). P. 14.

22. Shashidhar H., Peters J., C.-H. Lin et al. Prospective trial of Lansoprazole Trial Therapy for Pediatric *Helicobacter pylori* infection // *J. of Pediatr. Gastroent. and Nutrition*. 2000. V. 30. № 3. P. 276–282.

23. Schnid C. H., Whiting G., Cory D. et al. Omeprazole plus antibiotics in the eradication of *Helicobacter pylori* infection: a metaregression analysis of randomized, controlled trials. *Am J Ther.* 1999, jan. 1. P. 25–26.

**I. A. ZHDANOVA, O. V. DOLBNEVA,
I. A. COLTYEVA, T. D. ZUBKOVSKAYA**

ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS OF ERADICATIVE THERAPY IN CHILDREN WITH CHRONIC HP-ASSOCIATED DISEASES

The purpose of this research is comparative appraisal of the efficacy, safety and economic foundation of eradication therapy with the using of 3-component scheme on the base of inhibitors of proton pump and two antibiotics for children from 12 to 18 years old with chronic HP-associated diseases. 90 children were divided into three groups.

The first group received omeprazole (Ultop), klaritromicin (Fromilid) and amoxicillin (Hikoncil), the second – the same anti-bacterium preparations and omeprazole (Omez). The third group received the same two anti-bacterium preparations and esomeprazole (Nexium).

The received results testify to three-component therapy on base IPPth combination with two antibiotics is safe, high-effective, pharmacy-economic advisable in the treatment of chronic HP-associated diseases in children.

Key words: HP-associated diseases, eradication, inhibitors of proton pump, children.