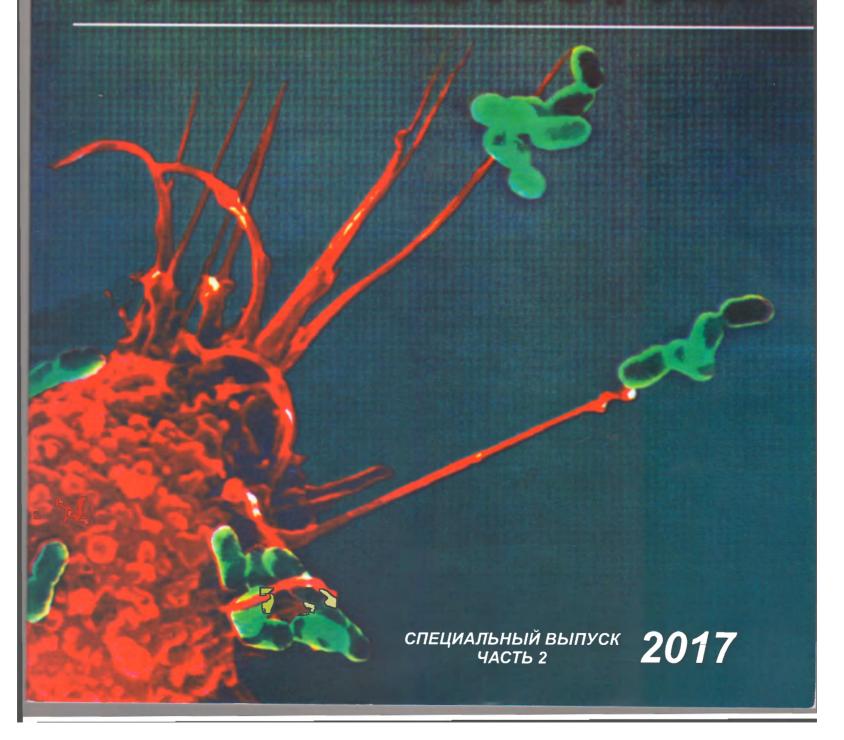
ISSN 2181-5534

# ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ и ФАРМАКОЛОГИЯ



	Ярмухамедова         Н.А.         СОВРЕМЕННЫЕ         АСПЕКТЫ         ЛАБОРАТОРНО           ДИАГНОСТИКИ         РИККЕТСИОЗОВ         207-2
24	ЗНОЕ:
āt	Аскарова Р.И., Шарафаддинова Г.Р. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИ НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫ УСЛОВИЯХ
<b>41</b>	убайдуллаева М.Т., Каримова М.Т. ИЗМЕНЕНИЕ БЕЛКОВОГО СПЕКТРА КРОВ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ 216-2
	Матназарова Г.С., Рахманова Ж.А., Низанова С.С. ОБЗОР О ВИРУСЕ ПАПИЛОММ ЧЕЛОВЕКА
45	таврузов С.Н., Мирзахмедов М.М., Наврузов Б.С. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНА ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ
C	Натжимитдинов Я.С., Джуманиязов Ж.С. ЗНАЧЕНИЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГ ІССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНО ДАРНО- ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА ДЕТЕЙ
~	Наджимутдинова Н.Ш., Амонов Ш.Э. ИНДИКАЦИЯ ВПЧ: НЕОБХОДИМОСТЬ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРТАНИ?241-243
15.	Тахтабекова М.Ф. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГ ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТОВ МЕДИАТОРНОГ ДІСБАЛАНСА
	Статова Ш.А., Пулатова Н.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННЫХ СХЕ ДАДРИТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ И МОНОТЕРАПИИ С ОМЕПРАЗОЛОМ Н МИНАМИКУ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНО ЭНШКИ
47	Тътиева Ш.Т., Таджиев Б.М. ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ № ОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

X 5

BE

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННЫХ СХЕМ КВАДРИТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ И МОНОТЕРАПИИ С ОМЕНРАЗОЛОМ НА ДИНАМИКУ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

### Саидова Ш.А., Пулатова Н.И. Ташкентская Медицинская Академия

Ключевые слова: Helicobacter pylori, омепразол.

Актуальность. Научно доказанная роль Helicobacter pylori в прогрессировании и рецндивировании язвенной болезни диктует необходимость проведения антимикробной (антихеликобактерной) эрадикационной терапии. Важнейшими доводами к проведению такого лечения являются доказанные данные об уменьшении количества рецидивов, удлинении ремиссии и снижении числа осложнений язвенной болезни. Терапия язвенной болезни- это эрадикация инфекции Helicobacter pylori, которая позволяет достигнуть заживления язвы, предотвратить рецидивы заболевания, избежать развития осложнений. Современные подходы к диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori, отвечающие требованиям доказательной медицины, отражены в международных (Маастрихтские соглашения 1-4 соответственно 1996, 2000, 2005 и 2010 гг.) итоговых документах конференций, проходивших в Маастрихте. Как показывают данные литературы и практика последнего десятилетия, отрицательное влияние на результаты эрадикации Helicobacter pylori оказывает резистентность штаммов микроорганизмов к антибиотикам. По статистике ведущих мировых исследовательских лабораторий, возрастает число штаммов, резистентных к кларитромицину и производным нитроимидазола. Резистентность значительно снижает эффективность схем терапии первой линии, поэтому в ближайшем будущем предпочтение будет отдаваться терапии второй линии. Необходимо использовать четырехкомпонентные схемы второй линии с доказанной эрадикационной эффективностью.

В связи с изложенной, **целью** настоящей работы явилось, сравнительное изучение эффективности схем терапии 2 линий на динамику клинических симптомов у больных с язвенной болезнью, изучение частоты эрадикации Helicobacter pylori и рубцевание язвы.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении гастроэнтерологии 1-й клиники Ташкентской Медицинской Академии. Под наблюдением были 98 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения в возрасте от 18 до 50 лет, среди них 54 мужчин и 44 женщин. Диагноз ЯБДПК в фазе обострения верифицировали на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС). Язвенный анамнез составлял от 6 месяцев до 15 лет.

Ассоциацию Helicobacter pylori и его эрадикацию определяли при поступлении больных уреазным тестом и к концу 4-й недели (28-30-е сут.) уреазным и цитологическим методами. С помощью уреазного теста, модифицированного Л.Г. Баженовым, изучали биоптат, взятый при ЭГДФС. Эрадикацию Helicobacter pylori подтверждали также цитологическим методом, основанным на выявлении бактериальных тел в мазкахотпечатках биоптатов СОЖ. Рубцевание язвы у больных устанавливали с помощью ЭГДФГ при поступлении и на 28-30-е сутки лечения.

Результаты и обсуждение.

Таблица1. Влияние стандартных схем квадритерапии и монотерапии омепразолом на динамику исчезновения болевого синдрома у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Группа больных	Число больных	Исчезновение субъективного ощущения боли в эпигастральной области, абс. (%)  День лечения							
	CELTRIC VICE	1	2	3	4	5	6	7	
ЯБДПК с Нр омепразол+де- нол+амоксициллин+тетрациклин	37	4 (10,8)	20 (54)	9 (24,3)	2 (5,4)	1 (2,7)	1 (2,7)	-	
ЯБДПК с Hp омепразол+де- нол+тетрациклин+метронидазол	35	3 (8,6)	21 (60)	8 (21,6)	1 (2,85)	1 (2,85)	1 (2,85)	-	
ЯБДПК без Нр+омепразол	26	3 (11,5)	13 (50,0)	6 (23,0)	(7,7)	(3,84)	(3,84)	-	

Как видно из таблицы, как при квадритерапии, так и при монотерапии омепразолом сроки исчезновение боли были почти одинаковыми. Так, из 37 больных, принимавших омепразол, де-нол, амоксициллин, тетрациклин, и из 35 пациентов, получавших омепразол, де-нол, тетрациклин, метронидазол, соответственно 33 (89,2%) и 32 (91,4%) исчезновение боли в эпигастральной области отмечали в течение первых трех суток после начала лечения. Из 26 больных, леченных омепразолом, у 22 (48,6%) боли прекратились на третьи сутки. Во всех группах у большинства больных (соответственно у 54,0, 60,0 и 50,0%) прекратились на 2-е сутки. При этом у больных 1-й группы исчезновение боли в среднем приходилось на 2,43± 0,17 дня, 2-й-2,40± 0,17, 3-й-2,53± 0,23 дня (рис. 1).

Результаты изучения влияния стандартных схем квадритерапии и монотерапии на динамику исчезновения изжоги у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки представлены в таблице 2.

В 1-й группе на изжогу жаловались 26 (70,3%) из 37 больных, во 2-й- 23 (65,7%) из 35, в 3-й группе-16 (61,5%) из 26. В1-й группе в течение трехдневной терапии исчезновение изжоги отмечали 24 (92,3%) больных, во 2-й-21(91,3%), в 3-й- 14 (87,5%). Во всех группах большинство больных (соответсвенно 53,8, 56,5 и 43,7%) отмечали исчезновение изжоги на вторые сутки лечения. В средних сроках исчезновения изжоги также не наблюдалось достоверных различий (рис. 2.): в 1-й группе изжога у больных прекратилась в среднем на  $2,04\pm0,18$  дня, во 2-й-на  $2,22\pm0,19$  дня, в 3-й- на  $2,37\pm1,08$  дня.

Результаты изучения эрадикации Helicobacter pylori на 28-е сутки лечения приведены на рис 3. Из 37 больных 1-й группы, леченных омепразолом, де-нолом, амоксициллином, тетрациклином, эрадикация Helicobacter pylori отмечалась у 32 (86,5%), из 35 больных, получавших омепразол, де-нол, тетрациклин, метранидазол, эрадикация Helicobacter pylori достигнута у 30 (85,7%).

Несмотря на почти одинаковую частоту эрадикации, при изучении частоты убцевания получены несколько иные результаты. (рис 4) Так из 37 пациентов 1-й туппы в результате 4-недельной терапии полное рубцевание язвы имело место у 34 91,9%), фаза неполного рубцевания отмечалась у 3 (8,1%).

Во 2-й группе из 35 больных полное рубцевание язвы наступило у 28 (80,0%), неполное рубцевание наблюдалось у 7 (20,0%). Из 26 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки без ассоциации с Helicobacter pylori при монотерапии омепразолм полное рубцевание язвы на 28-е сутки лечения достигнуто у 20 (76,9%), неполное рубцевание-у 6.

Дни			
3	2,43	2,4	2,53
2			
WASHIN.			
1			
0			
	О+Д+А+Т	О+Д+Т+М	Омепразол

Рис. 1. Влияние стандартных схем квадритерапии и монотерапии омепразолом на средние сроки исчезновения субъективного ощущения боли в эпигастральной области у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Таблица 2
Влияние стандартных схем квадритерапии и монотерапии
омепразолом на динамику исчезновения изжоги у больных язвенной
болезнью двенадцатиперстной кишки

Группа больных	Число	Исчезновение изжоги, абс. (%) День лечения							
THE REPORT HE ASSET THE PARTY OF THE PARTY O	больны								
	x	1	2	3	4	5	6	7	
ЯБДПК с Нр омепразол+де-	26	7 (27)	14	3	1	1	-	-	
нол+амоксициллин+тетрациклин	and the state of the	a start of	(53,8)	(11,5)	(3,8)	(3,8)	ы		
ЯБДПК с Нр омепразол+де-	23	4	13	4	1	1	-	-	
нол+тетрациклин+метронидазол	Samora A	(17,3)	(56,5)	(17,3)	(4,3)	(4.3)			
ЯБДПК без Нр+омепразол	16	3	7	4	1	1	-	-	
SECONDARIO CONTRACTOR SENSO SERVICE SERVICES		(18,7)	(43,7)	(25,0)	(6,25)	(6,25)			

**Выводы.** Таким образом, стандартные схемы квадритерапии второй лин ... омепразолом, де-нолом, амоксициллином, тетрациклином и с омепразолом, де-нолом тетрациклином и метранидазолом одинаково влияют на динамику клиническимптомов и частоту эрадикации Helicobacter pylori.

В плане увеличения частоты рубцевания язвы, целесообразно применять квадритерапию с омепразолом, де-нолом, амоксициллином, тетрациклином, которая более эффективно влияет на нарушенные механизмы синтеза защитного слизистого барьера и процессы регенерации, что приводит к более высокой частоте рубцевания язвы у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При отсутствии хеликобактерной ассоциации монотерапия с омепразолом ингибирует механизмы синтеза слизистого барьера и практически не влияет на процессы регенерации, что приводит к снижению частоты рубцевания язвы.

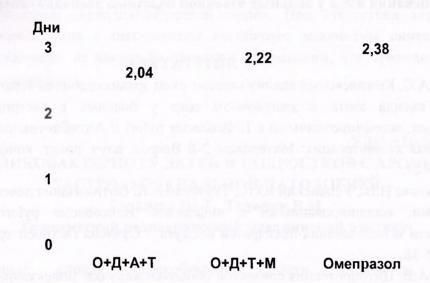
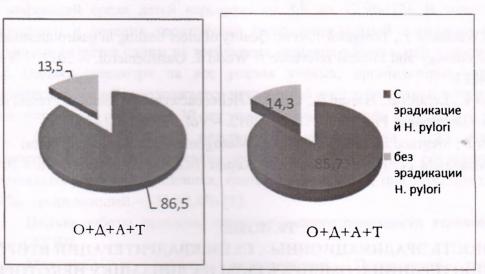


Рис. 2. Влияние стандартных схем квадритерапии и монотерапии омепразолом на средние сроки исчезновения изжоги у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки



Puc. 3. Влияние стандартных схем квадритерапии на эрадикацию H.pylori у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

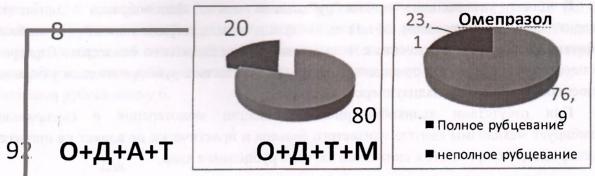


Рис. 4. Влияние стандартных схем квадритерании и монотерапии с омепразолом на частоту рубцевания язвы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1. Абасова А.С. Комплексный анализ влияние схем эрадикационной терапии на активность оксида азота в желудочном соке у больных с гастродуоденальными заболеваниями, ассоциированными с Helicobacter pylori // Антибиотикорезистентностр антимикробная химиотерапия: Материалы 2-й Всерос. науч.-практ. конф. Махачкала, 2008. С. 23-24.
- 2. Барышникова Н.В., Успенский Ю.П., Ткаченко Е.И. Оптимизация лечения больных с заболеваниями, ассоциированными с инфекцией Helicobacter pylori: обоснование необходимости использования препаратов висмута // Сучасна гастроентерологія. 2010. №1. С. 53-58.
- 3. Канонов А.В. Шитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно клеточные механизмы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2006. №3. С. 12-16.
  - 4. Павленко О.А., Самойлова А.В., Кривова Н.А. и др. Состояние слизеобразующей функции желудка как фактор защиты у больных язвенной болезнью желудка, ассоциированной с Helicobacter pylori // Сиб. мед. журн. − 2007. №1. С. 35-39.
  - 5. Рафальский В.В. Рекомендации Маастрихт IV: выбор схемы эрадикации в эру роста антибиотикорезистентности Н. руlori // Сучасна гастроентерологія. 2012. №6 (68). С. 7-14.
  - 6. Arakawa T., Watanabe T., Tanigawa T. et al. Quality of ulcer healing in gastrointestinal tract: Its pathophysiology and clinical relevance // World J. Gastroenterol. 2012. Vol. 18 (35). P. 4811-4822.
  - 7. De Francesco V., Lerardi E., Hassan C., Zullo A. Helicobacter pylori therapy: Present and future // World J. Gastrointest. Pharmacol. Ther. 2012. Vol. 3. P. 68-73.
  - 8. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Management of Helicobacter pylori infection the Maastricht IV. Florence Consensus Report // Gut. 2012. Vol. 61. P. 646-664.

### **РЕЗЮМЕ**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННЫХ СХЕМ КВАДРИТЕРАИИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ И МОНОТЕРАПИИ С ОМЕПРАЗОЛОМ НА ДИНАМИКУ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Целью настоящей работы явилось, сравнительное изучение эффективности схем терапии 2 линий на динамику клинических симптомов у больных с язвенной болезнью, изучение частоты эрадикации Helicobacter pylori и рубцевание язвы. стандартные схемы квадритерапии второй линии с омепразолом, де-нолом, амоксициллином, тетрациклином и с омепразолом, де-нолом, тетрациклином и метранидазолом одинаково влияют на динамику клинических симптомов и частоту эрадикации Helicobacter pylori.

В плане увеличения частоты рубцевания язвы, целесообразно применять квадритерапию с омепразолом, де-нолом, амоксициллином, тетрациклином, которая более эффективно влияет на нарушенные механизмы синтеза защитного слизистого барьера и процессы регенерации, что приводит к более высокой частоте рубцевания язвы у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При отсутствии хеликобактерной ассоциации монотерапия с омепразолом ингибирует механизмы синтеза слизистого барьера и практически не влияет на процессы регенерации, что приводит к снижению частоты рубцевания язвы.

## УДК. 616-06:616.34-053.5

# ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Турдиева Ш.Т., Таджиев Б.М. Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Ключевые слова:** хеликобактериоз, дети, подростки, хроническая гастродуоденальная патология

Актуальность. Проблема своевременного диагностирования и лечения больных с хеликобактериозом была и остаётся одним из актуальных направлений современной педиатрии и детской инфекции. По данным С.В.Бельмер (2013), ежегодная частота инфицирования Helicobacter pylori (HP) в развитых странах составляет 0,3-0,7%, а в развивающихся странах - 6-14%. При этом, в странах Западной Европы частота заражения HP инфекцией среди детей варьирует от 8,9 до 31,9% [2]. В тоже время проблема диагностики и лечения хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) детей и подростков остаётся одним из требующих решения направлений современной педиатрии [4,6]. Однако, несмотря на все усилия ученых, организаторов здравоохранения и практических врачей, продолжается неуклонный рост заболеваний органов пищеварения у детей, которые за последние 30 лет увеличились более чем в 10 раз и составляют 456,7% [3,5]. Одновременно, по результатам исследования Р.Т. Ахметова (2012), распространенность ХГДП среди подростков (оба пола), обучающихся в среднее специальных учебных заведениях, составила 333±2,1‰, при этом среди девушек — 517 ±2,1‰, среди юношей — 151 ±2,8‰ [1].

**Целью** работы являлось изучение распространенности хеликобактериоза среди детей с ХГДП.

**Материал и методы исследования.** Проводилось рандомизированное исследование в поликлинических условиях. Нами обследовано 286 детей и подростков от 6 до 15 лет с хронической патологией гастродуоденальной патологией, проживающих на территории г. Ташкента. Среди обследуемых мальчики составили — 156 (54,5%) и девочки