

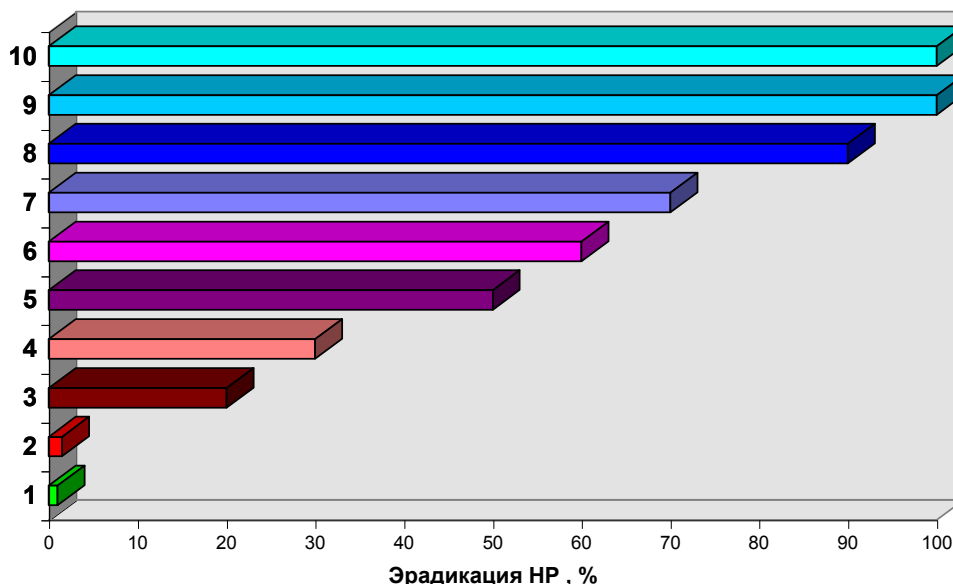
Сравнительная оценка различных схем антихеликобактерной терапии у детей

Корниенко Е.А., Милейко В.Е., Фаина С.А., Нажиганов О.Н.

Представления о ведущей роли пилоритического хеликобактера (НР) в генезе большинства заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки заставили пересмотреть традиционную тактику терапии и потребовали применения антибиотиков в лечении НР-ассоциированной патологии [1]. Несмотря на то, что *in vitro* НР чувствителен к большинству известных антихеликобактерных препаратов, *in vivo* добиться полного его уничтожения (эрадикации) весьма сложно. Это связано с разрушением большинства антибиотиков в кислой среде желудка и неспособностью местно действующих средств преодолеть защитный барьер на поверхности слизистой оболочки. Эрадикация может быть достигнута лишь при использовании комплексной терапии двумя, тремя или четырьмя препаратами. В литературе предлагаются различные варианты терапии, обычно включающие антибактериальные, антисекреторные препараты и соли висмута [2-5]. Однако описываемая в качестве подтверждения эффективности предлагаемой схемы клиническая динамика: исчезновение болей, рубцевание язв, уменьшение активности воспалительных изменений слизистой желудка, отнюдь не является доказательством эрадикации НР. О последней можно говорить лишь спустя 4 недели после окончания лечения по отрицательным результатам не менее двух методов диагностики НР [6].

Мы оценили эффективность различных рекомендуемых в литературе схем антихеликобактериозной терапии у 116 детей в возрасте от 5 до 15 лет с различными НР-ассоциированными гастроудоденальными заболеваниями. Всем пациентам до назначения терапии и через 4 недели после её окончания проводилась ФГДС с биопсией трех кусочков слизистой оболочки тела, антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Уреазная активность в биоптатах определялась биохимическим методом *in vitro* с помощью высокочувствительных уреазных тестов [7]. Затем проводилось гистологическое исследование с окраской по методу Гимзы и контролировалась интегральная уреазная активность *in vivo* по кинетике изменения концентрации аммиака в выдыхаемом воздухе после нагрузки карбамидом [8,9].

Эффективность схем антихеликобактериозной терапии



Проведена оценка 10 схем терапии. Все препараты назначались в общепринятых дозах:

Схема № 1: Ранитидин (150 мг 2 раза в день) + Трихопол (15 мг/кг) - две недели.

Схема № 2: Ранитидин (150 мг 2 раза в день) + Вентрисол (1 таб. 4 раза в день) - две недели.

Схема № 3: Вентрисол (1 таб. 4 раза в день) + Амоксициллин (50 мг/кг) + Трихопол (15 мг/кг) - две недели.

Схема № 4: Де-Нол (1 таб. 4 раза в день) + Трихопол (15 мг/кг) - две недели.

Схема № 5: Омепразол (20 мг 1 раз в день) + Амоксициллин (50 мг/кг) - две недели.

Схема № 6: Де-Нол (1 таб. 4 раза в день) + Амоксициллин (50 мг/кг) + Трихопол (15 мг/кг) - две недели.

Схема № 7: Омепразол (20 мг 1 раз в день) + Амоксициллин (50 мг/кг) + Трихопол (15 мг/кг) - две недели.

Схема № 8: Омепразол (20 мг 1 раз в день) + Амоксициллин (50 мг/кг) + Трихопол (15 мг/кг) + Де-Нол (1 таб. 4 раза в день) - 10 дней.

Схема № 9 : Де-Нол (1 таб. 4 раза в день) + Кларитромицин (15 мг/кг) + Ерихопол (15 мг/кг) - две недели.
Схема № 10 : Омепразол (20 мг 1 раз в день) + Кларитромицин (15 мг/кг) +Трихопол (15 мг/кг) + Де-Нол (1 таб. 4 раза в день) –10 дней.

Сравнительная эффективность схем представлена на рис.1. Обращает внимание отсутствие эффекта от двойных схем с ранитидином, низкая эффективность схем с Вентрисолом, а также сочетания де-нола с трихополом. Схемы №5 и №6, которые в литературе оцениваются как высокоэффективные [4], лишь у половины наших пациентов привели к эрадикации НР. Лишь 3 схемы оказались высокоэффективными: четверные с омепразолом (№8 и №10) и тройная с кларитромицином (№9). Эффективность обеих схем с кларитромицином (№9 и №10) оказались равной практически 100%.

Полученные нами результаты не совпадают с данными большинства исследователей, указывающих на высокую эффективность общепринятых двойных и тройных схем антихеликобактериозной терапии. Несоответствие наших данных общепринятым можно объяснить использованием нами комплекса высокочувствительных методов диагностики НР. Сочетание трех различных методов контроля (гистологического, биохимического, дыхательного), использование множественной биопсии существенно повысило вероятность обнаружения микроба и снизило результативность терапии.

Низкая эффективность большинства схем антихеликобактериозной терапии свидетельствует о реальной трудности эрадикации НР, с чем связано, как известно, абсолютное большинство рецидивов заболевания в дальнейшем. По данным зарубежных авторов, с целью эрадикации НР рекомендуется применять лишь те схемы, эффективность которых составляет не менее 80% [10]. Этим требованиям, по нашим данным, удовлетворяют лишь 3 схемы:

- 1). Де-Нол + Трихопол + Кларитромицин; 2 недели;
- 2). Де-Нол + Трихопол + Кларитромицин + Омепразол; 10 дней;
- 3). Де-Нол + Трихопол + Амоксициллин + Омепразол; 10 дней;

Эти схемы мы рекомендуем к практическому использованию в клинической гастроэнтерологии.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. «Хронический гастрит», Амстердам, 1993, 262 с.
- 2) Сапожников В.Г. «О лечении хеликобактерассоциированных форм гастритов у детей»,-«Диагностика и лечение», №11/12/1996г., с.85-89.
- 3) Лапина Т.Л., Мягкова Л.П., Скланская о.А., Коньков М.Ю. «Трудности эрадикации *Helicobacter pylori*»,- «Диагностика и лечение», №11/12/1996г., с.89-92.
- 4) Walsh J.H., Peterson W.L. «The Treatment of *Helicobacter pylori* Infection in the Management of Peptic Ulcer Disease», The New England Journal of Medicine, 1995, v.333, №15, p.984-991.
- 5) В.Т. Ивашкин. *Helicobacter pylori*: биологические характеристики ,патогенез, перспективы эрадикации.// Рос. журн. гастроэнтерол. Гепатол.-1997.-Т.7, №1 .-с 21-23.
- 6) Marshall В.Ј. «*Helicobacter pylori*» // Am.J.Gastroenterol., 1994,v.89, №8, p.116-128.
- 7) Милейко В.Е.,Корниенко Е.А., Григорян Т.М. «Комплекс методик для диагностики инвазии *Helicobacter pylori*”: Сб. докладов и тезисов докладов Второй всероссийской научно-практической конференции с международным участием “Новое в экологии и безопасности жизнедеятельности” 20-22 мая 1997 г. в СПб, под ред. Проф.Н.И. Иванова, 3 т, МЦЕНТ СПб, 1997, т. 3, с 432-438.
- 8) Корниенко Е.А., Милейко В.Е. “Новый метод неинвазивной диагностики хеликобактериоза”, Диагностика и лечение:-Архангельск, 1996, II(12), с 31-33.
- 9) E.Kornienko, O.Vashkevich, V.Mileiko, V.Samokish, «Simple Express Urea Breath Test Offers Diagnosis of *Helicobacter pylori* Infection» in Abstracts of Internnational Congress on Analytical Chemistry, Moscow, Russia, June 15-21, 1997, v.2, P-37.
- 10) Tytgat G.N.J., Noach L.A. «*Helicobacter pylori* Eradication» in: «*Helicobacter pylori*: Basic mechanisms to clinical cure». Ed. by R.H.Hunt, G.N.J. Tytgat. Kluwer academic publishers. Dordrecht/Boston/London, 1994, p.550-569.