

Выводы. Таким образом, высокая распространенность факторов риска у пациентов ВМК г. Гродно свидетельствуют о необходимости активного проведения мероприятий по первичной и вторичной профилактике ВМК, а также указывают важнейшие направления такой профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage according over time, according to age, sex and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis / C. van Asch [et al.] // *Lancet Neurol.* – 2010. – Vol. 9. – P. 167–176.
2. Risk factors for intracerebral hemorrhage in the general population: a systematic review / M.J. Ariesen [et al.] // *Stroke.* – 2003. – Vol. 34. – P. 2060–2065.
3. Smoking and the risk of hemorrhagic stroke in men / T. Kurth [et al.] // *Stroke.* – 2003. – Vol. 34. – P. 1151–1155.
4. Heavy alcohol intake and intracerebral hemorrhage: characteristics and effect on outcome / B. Casolla [et al.] // *Neurology.* – 2012. – Vol. 79. – P. 1109–1115.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ *HELICOBACTER PYLORI* У ДЕТЕЙ

Тихон Н.М.¹, Богомаз И.В.², Матусевич В.И.¹, Свириденко В.И.¹,
Томчик Н.В.¹

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Детская городская поликлиника № 1²*

Актуальность. Исследованиям по эрадикации *H. pylori* продолжает уделяться большое внимание, что связано с рядом негативных тенденций и, в первую очередь, со снижением эффективности классической тройной схемы. В условиях прогрессирующего роста резистентности *H. pylori* к большинству традиционно используемых антибиотиков происходит снижение эффективности эрадикации с рекомендуемых 80-90% до 30-60%. Во-вторых, развитие побочных реакций у 5-30% пациентов сопровождается отказом больного от лечения, что приводит к неэффективности эрадикации данной инфекции. Учитывая отсутствие принципиально новых препаратов для лечения *H. pylori*, особую актуальность приобретает оптимизация уже существующих схем антихеликобактерной терапии. Представленный вопрос в настоящее время является очень актуальным, в том числе и для нашей страны. Процентное соотношение резистентных штаммов *H.pylori* к противомикробным средствам изменяется в разных географических регионах. Это привело к невозможности использования общей стандартизированной схемы эрадикации. Существенный вклад в вариабельность существующей картины устойчивости к антибактериальным препаратам вносит миграция населения. Определенную роль в росте резистентности *H. pylori* играет

частое неоправданное использование противомикробных средств для лечения инфекционных заболеваний. В частности, применение кларитромицина для лечения заболеваний органов дыхания и метронидазола при протозоозах повысило первичную невосприимчивость возбудителя к данным антибиотикам среди людей во многих странах мира. Вместе с тем невосприимчивость к кларитромицину, по мнению многих исследователей, играет более важную практическую роль, чем невосприимчивость к метронидазолу. Показатель устойчивости к кларитромицину варьирует от 5,5% до 31% в зависимости от региона. Амоксициллин чаще всего используется в качестве основного компонента всех эрадикационных схем («Маастрихт-V»). Распространенность устойчивости к амоксициллину в странах Европы и Северной Америки низкая: от 0% до 2%. В современной клинической практике к наиболее доступным методам, которые могут повысить эффективность эрадикационной терапии, относятся применение высоких доз ИПП и антибактериальных препаратов, увеличение длительности лечения до 14 дней, использование в схемах антихеликобактерной терапии современных антибиотиков. Метаанализ 8 исследований показал более низкий уровень эрадикации *H.pylori* (46%) после повторной тройной терапии с кларитромицином. Систематический обзор и метаанализ 45 РКИ, включающих в общей сложности 7722 пациента, показали, что 14 дней являются оптимальной продолжительностью тройной терапии [1, 2, 3, 4, 5].

Цель. Оценить эффективность эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции у детей Гродненской области.

Методы исследования. Всего в обследование было включено 84 ребенка. Эти дети проходили обследование и лечение на базе Гродненской областной детской клинической больницы или детских городских поликлиник. Всем детям была проведена фиброгастродуоденоскопия и уреазный тест в качестве скрининга на инфицирование *Helicobacter pylori*, с последующим гистологическим исследованием биоптатов из желудка и двенадцатиперстной кишки и контролем инфицирования. Показанием для выполнения ФГДС у детей были болевой абдоминальный синдром и/или диспепсические жалобы. Также в группу исследования были включены дети с рецидивирующим бронхитом с обструктивным компонентом, в диагностический алгоритм которых входит проведение ФГДС с целью дифференциальной диагностики. Дети, инфицированные *Helicobacter pylori* были разделены на 2 группы. 1 группа - получала схему первой линии, которая включает в себя амоксициллин, кларитромицин и омепразол. 2 группа - амоксициллин, нифуроксазид, омепразол. Препараты назначались согласно рекомендациям ESPGHAN (Маастрихтский консенсус). Вторая схема эрадикационной терапии, включающая нифуроксазид, назначалась преимущественно детям с рецидивирующими респираторными симптомами, которые в анамнезе неоднократно получали лечение антибактериальными препаратами пенициллинового ряда и макролидами.

Контроль эрадикационной терапии проводился через 4-8 недель после прекращения приема препаратов, включенных в схему эрадикации, методом дыхательного теста или путем определения антигенов *H. pylori* в кале методом ИФА. Критериями включения в исследование были: инфицирование *Helicobacter pylori*, использование тройной схемы эрадикационной терапии; длительность терапии 10 дней. Критерием исключения: длительность терапии более или менее 10 дней, использование квадротерапии, включение в тройную схему иных антихеликобактерных препаратов, чем амоксициллин, кларитромицин или нифуроксазид.

Результаты и их обсуждение. Возрастная структура обследуемых представлена в таблице 1. Медиана возраста обследуемых составила 12 лет, межквартильный размах $Q_{25-75}=10-15$.

Таблица 1. Возрастно-половая структура детей, включенных в обследование.

	Me	25 квартиль	75 квартиль	Min	Max
Возраст (лет)	12	10	15	3	17

Количество мальчиков среди обследуемых было 38 человек, что составило 45%, девочек – 46 (55%). Разница в группах по полу была недостоверна.

Эрадикационную терапию по первой схеме, включающую омепразол, амоксициллин и кларитромицин получал 71 ребенок (таблица 2). Переносимость этой терапии, согласно медицинской документации была удовлетворительной. Анализ результатов терапии проводился ретроспективно, и как оказалось, контроль эрадикационной терапии был выполнен только у 36 человек, что составило 51%. Контроль эрадикационной терапии во второй группе, которая получала схему с нифуроксазидом, был проведен у всех больных, исследование в этой группе выполнялось на базе ДОКБ.

Таблица 2. Эффективность схем эрадикационной терапии

	Контроль					
	Не проводился		<i>H.pylori</i> «отрицательный»		<i>H.pylori</i> «положительный»	
	n	%	n	%	n	%
1-я схема	35	49,3	27	38,03	9	12,68
2-я схема	0	0	10	76,92	3	23,08
Всего	35	41,67	37	44,05	12	14,29

В контрольном исследовании эффективности эрадикационной терапии детей 1 группы было показано, что у 27 детей, то есть в 75% случаев, *H.pylori* не был выявлен. У 25% (n=9) эрадикация была не эффективна - в контроле был выявлен *H.pylori*. Количество детей, получающих 2 схему терапии, включающую нифуроксазид, было относительно небольшим, исследование и набор в группу

продолжается в настоящее время. Тем не менее, из 13 человек этой группы у 10, что составило 77%, в контрольном исследовании хеликобактер не был выявлен, неэффективной эрадикация была в 3 случаях, что составило 23%. На данном этапе можно лишь предварительно говорить о сопоставимой эффективности двух схем эрадикации. Требуется дальнейшее исследование в больших по численности группах для более точных выводов.

Выводы. Эффективность первой линии терапии хеликобактерной инфекции, включающей амоксициллин, кларитромицин и омепразол, у детей обследуемой группы недостаточна и составляет только 75%. С целью повышения эффективности эрадикационной терапии стоит рассмотреть увеличение ее длительности с 10 до 14 дней, либо использовать схему, исключаящую кларитромицин, уровень резистентности к которому в белорусской популяции достоверно неизвестен [2, 5]. Следует настоятельно рекомендовать и мотивировать родителей пациентов проводить контроль эрадикационной терапии через 4-8 недель после окончания приема препаратов, чтобы иметь возможность оценить эффективность используемых схем. Так, согласно полученным данным контроль эрадикационной терапии проводился не более, чем в 51% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбавова, Г.Р. Методы повышения эффективности эрадикационной терапии / Г.Р. Бикбавова, В.А. Ахмедов, Б.М. Мухамеджанов // Росс. Мед. Журнал. - 2019. - №7. - С. 6-10.
2. Воронина, Л.П. К вопросу об эрадикационной терапии / Л.П. Воронина // Медицинские новости. - 2015. - №4. - С.29-34.
3. Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Т.Л. Лапина и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – №21(1). – С.55–70.
4. Пиманов, С.И. Рекомендации Маастрихт V/Флорентийского консенсуса по лечению хеликобактерной инфекции / С.И. Пиманов, Е.В. Макаренко // *Consilium Medicum*. – 2017. - №8 (1). - С.8-27
5. Шадрин, О.Г. *Helicobacter pylori* у детей: современные подходы диагностике и пути оптимизации терапии / О.Г. Шадрин, Н.Е. Зайцева, Т.А. Гарынычева // Современная педиатрия. - 2014. - №5(61). - С.119-127.