

лечение инфекции, обусловленной *Helicobacter pylori*. Санкт-Петербург, 2003. – С. 96; **13.** Buzas G.M., Jozan J. [Eradication of *Helicobacter pylori* infection in Europe: a metaanalysis based on congress abstracts, 1997-2002] // *Orv. Hetil.* – 2004.- Vol. 145, №40,- P. 2035-2041. [венг.]; **14.** Perri F., Qasim A., Marras L. Treatment of *Helicobacter pylori* infection HP. 2003. Vol. 8, Suppl. 1. P. 53-60; 80. Choi I.J., Jung H.C., Choi K.W. et al. Efficacy of low-dose clarithromycin triple therapy and trnidazole-containing triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2002. – Vol. 16, №1; **15.** Koivisto T.T., Rautelin H.I., Voutilainen M.E. et al. First-line eradication therapy for *Helicobacter pylori* in primary health care based on antibiotic resistance: results of three eradication regimens *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2005.- Vol. 21, №6. – P. 773-782.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

БАЛАЛАРДАҒЫ *H.PYLORI* ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ЕМІ

Л.Л. Чен, Р.Б. Темирханова
 №2 Қалалық балалар аурухана, Астана қ.

2010 жылдың жылдық есебі бойынша №2 қалалық балалар ауруханасының емхана бөлімшесінде гастроэнтерологтар қабылдауында 8114 науқас бала қабылдауда болған. 1876 балада асқазан және ұлтабардың созыл-

малы қабынбалы аурулары анықталған. 242 балаға көзделген биопсиямен эзофагодуоденоскопия және ИФА жүргізілген. 48 балада *H.pylori* инфекциясы анықталды. *H.pylori* инфекциясына қарсы эрадикациялық емнің 1-ші тәсілі бойынша 42 балаға, 2-ші тәсілі бойынша 6 балаға ем тағайындалды. Емнің тиімділігі дәрілердің жиынтығы бойынша 1-ші тәсілде 73% және 90%, 2-ші тәсілде 83% құрады.

S U M M A R Y

TREATMENT OF GASTROENTEROLOGICAL PATHOLOGY ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI Y IN CHILDREN

L.L. Chen, R.B. Temirkhanova
 City Child Health Clinic No.2, Astana c.

According to annual report for 2010, 8114 visited the Gastroenterological Department of City Child Health Clinic No.2. Inflammatory stomach and dodecadactylon disease was detected in 1876 children. 242 children were subject to esophagoduodenoscopy and enzyme immunoassay with prescribed biopsy. *H.pylori* infection was detected on 48 children. 42 children were prescribed 1 method, 6 – 2 method of eradication therapy against *H.pylori*. Efficacy of drug therapy in 1 method was 73% and 90%, in 2 method – 83%.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ИНФЕКЦИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTER PYLORI

Л.О. ПАТШАБЕКОВА

*Госпиталь Департамента внутренних дел,
 г. Тараз, Жамбылская область*

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и дуоденит – эти заболевания следует рассматривать вместе, так как природа их происхождения одинакова, да и патологические процессы, лежащие в основе их развития, одинаковы. Отличие состоит в локализации процесса и степени выраженности воспаления. Стадия простого воспаления называется хроническим гастритом, если патология локализуется только в желудке, хроническим дуоденитом, если процесс охватывает двенадцатиперстную кишку, или хроническим гастродуоденитом, если в обоих органах есть воспаление.

В норме в желудке вырабатывается сок, кислотность которого очень высока, однако слизистая оболочка желудка выдерживает этот напор кислоты благодаря естественным факторам защиты. В некоторых случаях эта защита ослабевает или кислотность настолько повышается, что она не выдерживает, и тогда слизистая желудка воспаляется. А если процесс заходит дальше, то на следующем этапе в слизистой появляются эрозии – участки повреждения, а затем и язва или несколько язв, которые отличаются от эрозии более глубоким повреждением стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. Кроме кислоты, желудочного сока в развитии этих заболеваний играют определенную роль микроорганизмы – *Helicobacter pylori*.

Сегодня известно, что эти бактерии являются главной причиной гастрита и язвенной болезни. Наиболее вероятный способ переноса инфекции – передача ее от человека к человеку. На основании многих наблюдений установлено, что члены семьи больных, инфицирован-

ных *H. pylori*, более часто заражаются. Установлено, что предварительное пережевывание пищи больной матери для своего ребенка повышает риск инфицирования, т.к. *H. pylori* была выделена из зубного налета. Прямая диагностика инфицирования предполагает взятие и окрашивание образцов желудочной биопсии, полученной при эндоскопии. Наиболее распространенный метод – иммуноферментный анализ.

За 8 месяцев 2011 года нами было проведено 41 исследование на *Helicobacter pylori*, из них положительно – 12.

Диета при ЯБ остается важным компонентом лечения. В настоящее время рекомендуется избегать приема пищи на ночь, а также ограничить прием продуктов, повышающих кислотность в ЖКТ и оказывающих раздражающее действие.

Фармакотерапия – лечение направлено на подавление кислотности – желудочного сока, эрадикацию (уничтожение) *H. pylori*, защиту слизистой желудка.

Основные принципы лечения кислотозависимой патологии:

- Обязательное проведение базисной терапии, снижающей кислотность.
- Выбор снижающего кислотность препарата, поддерживающего внутрижелудочную кислотность более 3 около 18 часов в сутки.
- Назначение снижающего кислотность препарата в строго определенной дозе.
- Эндоскопический контроль с 2-недельным интервалом.
- Длительность терапии в зависимости от сроков заживления язвы.

- Антихеликобактерная терапия – по показаниям.
- Обязательный контроль эффективности терапии через 4-6 недель.
- Повторные курсы терапии при ее не эффективности.
- Поддерживающая противорецидивная терапия.

Современная терапия хеликобактер-ассоциированных заболеваний, как и любого другого заболевания, должна строиться с учетом этиологических факторов, фазы процесса, тяжести течения, сопутствующей патологии. Однако, исходя из того факта, что ЯБ 12-перстной кишки этиологически и патогенетически чаще всего связана с инфицированием *H. pylori*, то согласно итоговому документу Маастрихтского соглашения-3 на первое место среди показаний к обязательной антихеликобактерной терапии ЯБ выходит независимо от фазы заболевания (обострение или ремиссия), включая осложненные формы, проведение эрадикации *H. pylori* у больных с ЯБ является абсолютно необходимым лечебным мероприятием, которое дает не только прогнозируемый клинический и профилактический результаты, а возможно, и обеспечивает полное излечение, но и обосновано экономически. Экономический эффект связан, во-первых, с прекращением длительного, практически постоянного приема антисекреторных препаратов; во-вторых, с тем, что современные стандарты эрадикационной терапии предусматривают у больных с неосложненной ЯБ 12-перстной кишки только рекомендованные курсы антихеликобактерной терапии без последующего поддерживающего приема антисекреторных средств (ИПП или блокаторы H2-рецепторов гистамина).

Учитывая существенную необходимость упреждающего реагирования на рост резистентности пилорического хеликобактера к рекомендованным Маастрихтским консенсусом-2 стандартам терапии *H. pylori*-ассоциированной патологии ЖКТ, в 2005 г. во Флоренции были разработаны дальнейшие рекомендации по ее лечению, получившие название «Маастрихт-3».

Суть указанных рекомендаций в следующем:

- Увеличение длительности эрадикационной терапии до 14 дней (14-дневная терапия на 12% эффективнее, чем 7-дневная), а 7-дневная схема может быть применена, если качественными «локальными исследованиями» продемонстрированы ее эффективность и рентабельность.

- 7-дневные схемы могут быть применены, если качественными «локальными исследованиями» продемонстрированы ее эффективность и рентабельность.

- Показания к эрадикационной терапии соответствуют прежнему соглашению, за исключением расширения показаний на пациентов, длительно принимающих аспирин или другие НПВП (но следует помнить, что только эрадикационная терапия недостаточна для предотвращения симптоматических язв).

- Атрофический гастрит – эрадикация *H. pylori* останавливает распространение атрофического гастрита и может приводить к регрессии атрофии, но эффект в отношении кишечной метаплазии не установлен.

- *H. pylori* и ГЭРБ – эрадикация *H. pylori* не вызывает ГЭРБ; эрадикация *H. pylori* не влияет на результаты терапии ГЭРБ ИПП у европеоидов; у больных ГЭРБ с предполагаемым длительным приемом ИПП необходимо проводить диагностику *H. pylori* и эрадикационную терапию.

- Эрадикационная терапия в возрастном аспекте – не существует отдельных показаний для проведения эрадикации *H. pylori* у детей и подростков (лечение проводится как у взрослых, с расчетом суточных доз препаратов, исходя из массы тела). У пожилых могут быть несколько уменьшены дозы антибактериальных препаратов с учетом возраста.

- Подходы к диагностике соответствуют прежнему соглашению, за исключением положения: быстрый уре-

азный тест дает возможность диагностировать *H. pylori* и назначать эрадикационную терапию.

- Терапия первой линии: лансопризол 30 мг (Лансobel) 2 раза в день + кларитромицин + амоксициллин (или метронидазол) в прежних дозах может быть назначена, если резистентность наиболее распространенных штаммов *H. pylori* в данном регионе к кларитромицину не превышает 10%, к метронидазолу – 40%.

- Квадротерапия в качестве первой линии (лансопризол 30 мг (Лансobel) 2 раза в день + тетрациклин + висмута трикалия дицитрат в прежних дозах, метронидазол – 1500 мг/сут) может быть назначена, если резистентность наиболее распространенных штаммов *H. pylori* в данном регионе к кларитромицину превышает оговоренный порог и имеется гиперчувствительность к амоксициллину или кларитромицину.

- Терапия второй линии (лансопризол 30 мг (Лансobel) 2 раза в день + тетрациклин + висмута трикалия дицитрат в прежних дозах, метронидазол 1500 мг/сут), а если она недоступна, назначается: лансопризол 30 мг (Лансobel) 2 раза в день + амоксициллин 2000 мг/сут + тетрациклин 2000 мг/сут или лансопризол 30 мг (Лансobel) 2 раза в день + амоксициллин 2000 мг/сут + фуразолидон 400 мг/сут.

Протокол эрадикационной терапии предполагает обязательный контроль ее эффективности, который проводится через 4-6 недель после ее окончания (в этот период больной не принимает противомикробных препаратов). При сохранении *H. pylori* в слизистой оболочке желудка проводится повторный курс эрадикационной терапии с применением терапии второй линии с последующим контролем ее эффективности также через 4-6 недель.

Накопленный за последние несколько лет опыт лечения язвенной болезни антихеликобактерными комбинациями лекарственных средств показал, что при уничтожении (эрадикации) *H. pylori* в слизистой оболочке желудка язвенная болезнь больше не рецидивирует, то есть исчезает сама. Рецидивы язвенной болезни за этот период болезни наступают у 5-10% больных и, как правило, вследствие реинфекции *H. pylori*, а в контрольной группе, не получавшей антихеликобактерной терапии, язвы рецидивируют в течение двух лет у 90%.

Своевременная терапия антихеликобактерными препаратами приводит к выздоровлению пациентов и способствует предупреждению грозных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Маев И.В., Самсонов А.А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H. pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3). Consilium Medicum. Гастроэнтерология. 2006, Том 08, № 1;
2. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C. Guidelines for Management of Helicobacter Pylori Infection. Business Briefing European Gastroenterology Review 2005; 996-9;
3. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство, 2008;
4. Инструкция к препарату Лансobel.

ТҰЖЫРЫМ

СОЗЫЛМАЛЫ ГАСТРИТТІҢ ЖӘНЕ HELICOBACTER PYLORI-МЕН БАЙЛАНЫСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ КЛИНИКА-МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

Л.О. Патшабекова

Ішкі Істер Департаментінің Госпиталы,
Тараз қ., Жамбыл облысы

Соңғы Маастрихта 3 антихеликобактериялық терапиясының ЖКТ органларының ашылық тәуелділік 3-ші антихеликобактериялық терапия ұсыныстарына сәйкес, адекваттық қолдануы тез клиникалық эффектінің беруі жағдайында, ауруларды әдеттегі еңбек қызметтеріне тез қайтарды.

SUMMARY
CLINICOPATHOLOGIC DIAGNOSTICS OF CHRONIC
GASTRITIS AND INFECTIONS ASSOCIATED WITH
HELICOBACTER PYLORI

L.O. Patshabekova
Hospital of Department for Internal Affairs,

Taraz c., Zhambyl Region

The use of adequate, according to the latest recommendations of the Maastricht-3 of acid therapy of *H. pylori* pathology of the digestive tract, with rapid onset of clinical effect, allow patients to quickly return to the familiar work of daily activities.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ
ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В МОНОТЕРАПИИ
ПЕРВИЧНО ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ

Р.К. АЛДУНГАРОВА, Н.С. КАЙШИБАЕВ,
Л.О. ДАИРБАЕВА, Г. НЯМДОРЖИЙН

Институт неврологии им. С.К. Кайшибаева,
Центр неврологии, эпилепсии и электроэнцефалографии,
г. Алматы

По данным ВОЗ более 75% больных эпилепсией не получают адекватную противосудорожную терапию. Оценка эффективности медикаментозной противосудорожной терапии является одним из главных клинических критериев, определяющих дальнейшее течение заболевания. В настоящее время особо рассматривается проблема лекарственных осложнений и побочных эффектов антиконвульсантов. На 26-м Международном конгрессе по эпилепсии подчеркивалось, что до 30% больных эпилепсией не дают адекватного терапевтического ответа на противоэпилептические препараты (ПЭП). При всей актуальности лечения эпилепсии само назначение противосудорожных препаратов является фактором риска ухудшения качества жизни больных эпилепсией, поэтому обсуждался вопрос о нецелесообразности их использования в ряде случаев [1]. Это связано с тем, что длительный прием ПЭП сопряжен с целым рядом различных расстройств, начиная с когнитивных, эмоционально-мотивационных и психиатрических проблем до непереносимости, аллергических реакций, тяжелых нарушений функций различных органов и систем, обменных и нейроэндокринных расстройств, остеопороза и др. [2, 3, 4, 5]. Особое место в этом ряду занимает проблема фармакорезистентности. Признание фармакорезистентности является важнейшим достижением конца 20 века и послужило основанием разработки стратегии и тактики дифференцированной монотерапии эпилепсии и позволило получить освобождение от приступов, улучшение качества жизни у 60 – 75% больных. Тем не менее, даже в странах высокого экономического развития влияние лечения на качество жизни в 25 – 40% оценивается как «плохое» [6].

В настоящее время имеется достаточно широкий круг новых противоэпилептических препаратов, предложенных фармакохимической промышленностью в качестве дополнительных средств комплексной терапии резистентных, прежде всего фокальных, форм эпилепсий. Многочисленные клинические исследования и сравнительные данные подтверждают достаточно высокую эффективность некоторых новых антиконвульсантов в лечении как парциальных, так и генерализованных форм эпилепсий.

Из новых препаратов, претендующих на позицию в 1-й линии выбора для лечения фокальных и идиопатических генерализованных эпилепсий, соответствующих основным критериям стратегии «эффективность – безопасность – переносимость» является ламиктал (ламотриджин). В рамках Транснациональной Европейской программы «Всесторонняя забота о больных эпилепсией» («Comprehensive Care for People with Epilepsy») во многих Европейских странах (Англия, США, Франция, Германия и др.) создаются Национальные Регистры ламиктала [7, 8, 9], представляющих своего рода банк данных результатов масштабных клинических испытаний по эффективности и безопасности его применения в сравнении с препаратами 1-й линии выбора (карбамазепин, вальпроат, фенитоин).

Ламотриджин (Ламиктал®) – антиконвульсант 3-го поколения, производное фенилтриазепина. Механизм противосудорожного действия ламиктала существенно отличается от механизма действия других препаратов, что обусловлено его «двойным» мембраностабилизирующим эффектом: избирательная блокада рецепторов натриевых ионных каналов, что обеспечивает в конечном итоге торможение выброса возбуждающих аминокислот (глутамат, аспарат). Считается, что именно избыток глутамата (ионизирующая форма глутаминовой кислоты, предшественника ГАМК) является основным механизмом генерации нейрональных эпилептических разрядов. Существенно важным моментом в этом ряду биохимических эффектов ламиктала является его направленное взаимодействие с эпилептически активными нейрональными ансамблями, без вовлечения нормально функционирующих нейронов, что объясняет отсутствие седативного и депрессивного эффектов, а также минимальную токсичность [10]. На этой основе в настоящее время проводятся клинические испытания ламиктала в лечении не только различных клинических форм эпилепсии в разных возрастных группах, но и при психических заболеваниях, а также в терапии больных с алкогольной зависимостью [2, 10]. Многочисленные рандомизированные исследования доказывают высокую эффективность монотерапии ламиктала при минимуме побочных эффектов у пациентов как с впервые диагностированной, так и резистентной генерализованной и фокальной фор-