

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Рустамов М. Н., Лазебник Л. Б.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

MEDICAL REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH HELICOBACTER PYLORI-ASSOCIATED DUODENAL ULCER

Rustamov M. N., Lazebnik L. B.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

Rustamov Mirzabek N.

Рустамов Мирзабек Н.

E-mail:

dr.rustamov@mail.ru

Рустамов Мирзабек Надирович, кандидат медицинских наук, доцент 3-й кафедры внутренних болезней Учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь; вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России по международному сотрудничеству, член редакционной коллегии журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», Москва, Россия.

Лазебник Леонид Борисович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии, гериатрии и профилактики Московского государственного медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова, президент Научного общества гастроэнтерологов России, главный редактор журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», Москва, Россия.

Цель исследования. Изучить эффективность комбинированного применения питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов при медицинской реабилитации больных дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

Материал и методы. Обследовано 150 пациентов с *Helicobacter pylori* — позитивной дуоденальной язвой в возрасте от 20 до 60 лет, женщин — 76, мужчин — 74. Пациенты были рандомизированы на три сходные по клинической характеристике группы, по 50 пациентов в каждой. Всем пациентам до и после курса лечения проведена фиброгастроэноскопия с биопсией, микробиологическое исследование фекалий на дисбиоз. Пациенты первой группы получали кларитромицин по 500 мг, амоксициллин по 1000 мг и омепразол по 20 мг — все 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем омепразол по 20 мг 2 раза в течение 20 дней. Пациенты второй группы получали то же лечение, с добавлением пробиотика по одной капсуле в день, каждая капсула которого содержит 3,025 миллиарда живых лиофилизированных бактерий *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и бактерий *Bifidobacterium bifidum*, стойких к антибиотикам. Пациенты третьей группы получали пробиотика по одной капсуле в день, омепразол 20 мг 1 раз в сутки и углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную (минерализация 8,0–10,0 г/л) воду Эссентуки № 4 по 150–200 мл 3 раза в день за 90 минут до приема пищи, дегазированную, подогретую до 38°С. Лечение проводили в течение одного месяца.

Результаты. Болевой синдром встречался у 82%, диспепсические жалобы у 70% пациентов во всех трех группах. У 62% больных до лечения был выявлен дисбиоз кишечника, который выражался в снижении уровня облигатной группы бактерий (93%) и повышении уровня условно патогенной микрофлоры (71%). На фоне эрадикации у 50% пациентов первой группы возрастала частота имеющихся диспепсических жалоб, у 42% больных такие жалобы появились впервые и сохранялись в течение 1,5 месяца после лечения. Пациенты второй группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 74%, уменьшение в 20%. Пациенты третьей группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 78%, уменьшение в 20% случаев. У пациентов третьей группы достоверно улучшился кишечный микробиоценоз. Во второй группе достоверно уменьшилось количество пациентов с дисбиозом, но в 8% случаев появились новые случаи дисбиоза. В первой группе наблюдалось достоверное увеличение количества пациентов с дисбиозом кишечника и усугубление степени дисбиоза. Эрадикация *Helicobacter pylori* составила 70%, 82% и 80% в первой, во второй и третьей группах соответственно. Эндоскопический контроль показал, что заживление дуоденальной язвы происходило в 82%, 84% и 86% случаев в первой, второй и третьей группах соответственно.

Выводы. Стандартная эрадикационная терапия вызывает или усугубляет имеющийся дисбиоз кишечника, увеличивает частоту диспепсических жалоб, у 42% пациентов такие жалобы появляются на фоне проводимой терапии. Добавление пробиотиков к традиционной терапии повышает эффективность эрадикации, улучшает переносимость лечения, кишечный микробиоценоз, однако вызывает новые случаи дисбиоза (8%). Комбинированное применение питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов является оптимальной, безопасной методикой при лечении больных дуоденальной язвой, которая позволяет снизить медикаментозную нагрузку и повысить эффективность лечения.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 111 (11):108

Ekspperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 111 (11):108