

**234. ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИ-  
ТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ  
С HELICOBACTER PYLORI**

Рустамов М.Н.

УЗ «Минский консультационно-диагностический  
центр», г. Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Изучение реабилитационных возможностей комбинированного применения питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов у больных дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

**Материалы и методы.** Обследовано 122 больных с *Helicobacter pylori* – позитивной дуоденальной язвой в возрасте от 20 до 60 лет, женщин – 54, мужчин – 68. Больные были рандомизированы на три группы. Всем пациентам до и после курса лечения проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией, микробиологическое исследование фекалий на дисбиоз. В первую группу включены 44 пациента, которые 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. Вторая группа представлена 40 пациентами, которые получали то же лечение, с добавлением пробиотика бифовал по одной капсуле в день. Бифовал является современным представителем пробиотиков, 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. В просвете кишечника препарат поддерживает, регулирует и стимулирует физиологическую деятельность микроорганизмов, продуцирует молочную кислоту, губительную для патогенной флоры. Третья группа в количестве 38 пациентов получала бифовал 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 2/3 стакана 3 раза в день за 90 минут до приема пищи, дегазированную, подогретую до 38<sup>0</sup> С. Лечение во всех группах проводили в течение одного месяца.

**Результаты и их обсуждение.** Клиническая картина дуоденальной язвы до лечения была типичной для фазы обострения, которая выражалась в болевом синдроме у 82%, диспепсических жалобах у 70% во всех трех группах. У 62 % больных до лечения был выявлен дисбиоз различной степени, который выражался в снижении уровня облигатной группы бактерий (93%) и повышении уровня условно патогенной микрофлоры (71%). На фоне эрадикационной терапии у 49% больных первой группы возрастала частота имеющихся диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных такие жалобы появились впервые на фоне проводимой терапии и сохранялись еще в течение 1,5 месяца после лечения. Больные второй группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 75%, уменьшение в 20 % и без динамики в процессе лечения в 5% случаев. Больные третьей группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 79%, уменьшение в 21 % случаев. У больных третьей группы достоверно улучшился кишечный микробиоценоз. Во второй группе достоверно уменьшилось количество больных с дисбиозом, который определялся до лечения, но в 8% случаев появились новые случаи дисбиоза. В первой группе наблюдалось достоверное увеличение количества больных с дисбиозом кишечника и усугубление степени дисбиоза. Эрадикация *Helicobacter pylori* составила

68,18%, 82,5% и 81,57% в первой, во второй и третьей группах соответственно. Эндоскопический контроль показал, что у больных третьей группы заживление дуоденальной язвы происходило в 89% случаев, что на 6% и 9% эффективнее, чем во второй и первой группах соответственно.

**Выводы.** Применение стандартной схемы эрадикационной терапии вызывает нарушение кишечного микробиоценоза, усугубляет имеющийся дисбиоз, увеличивает частоту диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных появляются такие жалобы на фоне проводимой терапии. Добавление пробиотиков к традиционной эрадикационной терапии повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori*, несколько улучшает переносимость лечения, кишечный микробиоценоз, однако вызывает новые случаи дисбиоза, лечение становится более дорогостоящим. Комбинированное применение питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов является наиболее оптимальной, безопасной и экономичной методикой при лечении больных дуоденальной язвой, которая позволяет снизить дозу антисекреторных препаратов, повысить эффективность лечения.

### 235. ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Рустамов М.Н.

УЗ «Минский консультационно-диагностический центр», г. Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Изучение особенностей действия питьевых минеральных вод на функциональное состояние и репаративные процессы гастродуоденальной системы у больных дуоденальной язвой.

**Материалы и методы.** Обследовано 96 больных дуоденальной язвой в фазе затухающего обострения, в том числе 64 мужчин, 32 женщин в возрасте 22-53 лет с длительностью заболевания свыше 5 лет. В качестве лечебного фактора больные получали только хлоридную натриевую питьевую минеральную воду в виде монотерапии по ¾ -1 стакана три раза в день за 1,5 ч. до приема пищи, в подогретом (38<sup>0</sup>С), дегазированном виде, в течение 25-26 дней. Всем больным до и после курса лечения проведено эндоскопическое исследование, внутрижелудочная и внутривододенальная рН-метрия. Результаты исследований были обработаны методом вариационной статистики с определением критерия Т Стьюдента-Фишера.

**Результаты и их обсуждение.** Все больные хорошо перенесли курс питьевого лечения. У 97,5% больных отмечено исчезновение болей в эпигастриальной области. Изжога и отрыжка исчезли у 91,4% больных. Результаты рН-метрии после проведенного курса лечения показали существенное увеличение базальных значений рН в теле, антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке по сравнению с показателями, определяемыми до лечения. В теле желудка до лечения у больных с показателями рН, соответствующему гиперацидному состоянию, составляли в среднем 1,08±0,02, а после