

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 197 больных с гиперацидным синдромом: 132 — хроническим гастродуоденитом, 60 — дуоденальной язвой и 5 — с двухсторонней поддиафрагмальной ваготомией. Больные в курсе лечения принимали только сульфатную кальциево-магниевую-натриевую минеральную воду в виде монотерапии за 1,5 часа до приема пищи в течение 26 дней. Всем больным до и после курса лечения проведено определение содержания интестинального гормона гастрин в крови, эндоскопическое исследование, внутрижелудочная и внутридуоденальная рН-метрия.

**Результаты исследования.** Установлено, что после проведенного курса лечения базальные показатели рН в теле, антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишки существенно повысились, т. е. произошло достоверное уменьшение кислотности в желудке ( $p < 0,01$ ) до нормальных величин. Мы провели исследование влияния однократного приема 200,0 мл минеральной воды на показатели рН двенадцатиперстной кишки у 5 больных с двухсторонней поддиафрагмальной ваготомией. При этом до и после лечения оказалось, что у больных с полностью пересеченными обоими блуждающими нервами после приема минеральной воды воспроизвелся описанный выше ощелачивающий эффект в двенадцатиперстной кишке, что может быть обусловлено только выделением щелочного панкреатического сока, стимулированного секретинном. Применительно к клинике это проявляется в известном свойстве секретина и панкреозимина тормозить секрецию соляной кислоты, усиливать выработку желудочной слизи с ее защитными свойствами, улучшать гастродуоденальную моторику, оказывать трофическое действие на слизистую желудка, улучшать кровоток в сосудах желудка. Прямым радиоиммунологическим методом нами выявлено увеличение содержания интестинального гормона гастрин в крови под влиянием однократного приема минеральной воды у 44% больных. После курса проведенного лечения наблюдалось достоверное увеличение содержания гастрин крови с  $45,73 \pm 1,93$  до  $55,6 \pm 2,79$  нг/л,  $p < 0,01$ , т. е. до величин, не превышавших показателей нормы. Физиологическое действие гастрин многообразно: он способствует стимуляции секреции соляной кислоты, усилению моторики желудка, выделению сока поджелудочной железы и желчи, а также усиливает синтез белка, улучшает кровоток в слизистой желудка, регулирует давление в пищеводно-желудочном сфинктере, обладает трофическим действием.

**Выводы.** Минеральные воды приводят к торможению секреторной функции желудка сложным путем, в механизме которого, очевидно, лежит процесс активации интестинальных гормонов, в частности, гастрин и секретин. Секретин обладает способностью тормозить выделение соляной кислоты желудочными железами, чем на наш

взгляд, можно объяснить снижение кислотности после приема минеральной воды. Можно полагать, что лечебный эффект питьевых минеральных вод во многом связан с их способностью активировать деятельность эндокринной системы пищеварительного тракта.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI*

<sup>1</sup>Лазебник Л. Б., <sup>2</sup>Рустамов М. Н.

<sup>1</sup> Научное общество гастроэнтерологов России, г. Москва, Россия

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

**Цель исследования.** Изучить эффективность пробиотиков при комплексном лечении больных *Helicobacter pylori*-ассоциированной дуоденальной язвой.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 100 пациентов с *Helicobacter pylori* — ассоциированной дуоденальной язвой в возрасте от 20 до 60 лет, женщин — 49, мужчин — 51. Пациенты были рандомизированы на две сходные по клинической характеристике группы, по 50 пациентов в каждой. Всем пациентам до и после курса лечения проведено фиброгастродуоденоскопия 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. Лечение в обеих группах проводили в течение одного месяца.

**Результаты исследования.** Клиническая картина дуоденальной язвы до лечения была типичной для фазы обострения, которая выражалась в болевом синдроме у 82%, диспепсических жалобах у 70% пациентов в обеих группах. Дисбиоз различной степени до лечения был выявлен у 62% пациентов, который выражался в снижении уровня облигатной группы бактерий (93%) и повышении уровня условно патогенной микрофлоры (71%). На фоне эрадикационной терапии у 50% пациентов первой группы возрастала частота имеющих диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% пациентов такие жалобы появились впервые на фоне проводимой терапии и сохранялись еще в течение 1,5 месяца после лечения. Пациенты второй группы

отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 74%, уменьшение — в 20% и без динамики в процессе лечения — в 6% случаев. Во второй группе достоверно уменьшилось количество пациентов с дисбиозом, который определялся до лечения, 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 и 80% в первой и во второй группах соответственно. Эндоскопический контроль показал, что у пациентов второй группы заживление дуоденальной язвы происходило в 84% случаев, что на 2% эффективнее, чем в первой группе.

**Выводы.** Применение стандартной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* вызывает нарушение кишечного микробиоценоза, усугубляет имеющийся дисбиоз, увеличивает частоту диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% пациентов такие жалобы появляются на фоне проводимой терапии. Добавление пробиотиков к традиционной эрадикационной терапии повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori*, улучшает переносимость лечения, кишечный микробиоценоз, уменьшает побочные эффекты, связанные с приемом антибиотиков, а также повышает комплаенс пациентов.

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ — СПОРОБАКТЕРИНА И НОРМОФЛОРИНОВ Л И Б — В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Базлов С. Н., к. м. н., доцент

Тверская государственная медицинская академия, Россия

E-mail: sergbazlov@mail.ru

**Введение.** Стандарты лечения рецидива язвенной болезни (ЯБ) включают в себя назначение антисекреторной терапии и эрадикацию *H. pylori* по крайней мере двумя антибактериальными препаратами в течении 7–14 дней, что может привести к подавлению роста симбионтной мукозной микрофлоры вплоть до развития дисбактериоза.

**Цель работы.** Выяснить патогенетическую оправданность и клиническую эффективность использования пробиотических препаратов — споробактерина и нормофлоринов Л и Б — в комплексной терапии рецидива ЯБ.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 130 пациентов с рецидивом ЯБ. Оценивался качественный и количественный состав микрофлоры биоптатов слизистой оболочки периаульцерозной зоны и области рубца с учетом эндоскопических, гистологических и иммунологических характеристик, активности язвенного процесса.

Все больные были распределены на 3 группы. Пациенты первой группы получали

споробактерин — препарат, созданный на основе штаммов сенной палочки, подавляющий рост условно патогенных микроорганизмов, в том числе *H. pylori*. Пациентам второй назначались нормофлорины Б и Л — сбалансированный биокомплекс с пробиотическими культурами лакто- и бифидобактерий, витаминами и микроэлементами. по 10 мл утром и вечером на протяжении 14 дней. В 3-й группе — контрольной — проводилась стандартная эрадикационная терапия 1-й линии.

**Результаты исследования.** Установлено, что в период рецидива ЯБ, особенно в периульцерозной зоне, определялся избыточный рост мукозной микрофлоры, включающей до 28 родов в сочетаниях в среднем 5 культур в количестве 8–5,76 lgКОЕ/г, в том числе и *H. pylori*. Назначение споробактерина и нормофлоринов Л и Б позволило подавить избыточный рост условно патогенной мукозной микрофлоры, восстановить нормомикробиоценоз и сократить сроки рубцевания язв до 16,7 дня (1 группа,  $p < 0,05$ ), 19,4 (2-я группа,  $p > 0,05$ ) по сравнению с 21 днем в контрольной.

**Заключение.** Включение пробиотиков — споробактерина и нормофлоринов — в комплекс терапии рецидива ЯБ позволяет эффективно подавлять избыточный рост мукозной микрофлоры в ГДЗ, восстановить витаминно-минеральные нарушения, что приводит к скорейшему рубцеванию гастро-дуоденальных язв.

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАЛЬЦИЙРЕГУЛИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Фомина Л. А., к. м. н., доцент кафедры факультетской терапии

Тверская государственная медицинская академия, Россия

**Введение.** Известно, что в патогенезе язвенной болезни (ЯБ) имеют значение нарушения в нервно-эндокринной регуляции. В этом аспекте недостаточно изучено состояние и значение кальцийрегулирующей системы.

**Цель работы.** Изучить функциональное состояние паразитовидных и С-клеток щитовидной железы у больных ЯБ и определить влияние паратиринна и кальцитонина на развитие и течение экспериментальных язв желудка.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 60 пациентов в период рецидива ЯБ и 12 здоровых лиц, у которых определялись паратирин, кальцитонин, кальция и фосфор крови. Эксперименты проведены на 72 кроликах, у которых изучалось влияние паратиринна и кальцитонина на возникновение и течение экспериментальных язв желудка, воспроизводимых травмой солнечного сплетения.