

тонуса сосуда и развитию пролиферативных процессов в стенке сосуда. ИАПФ способны улучшать состояние функции эндотелия. Данные о способности Престариума А уменьшать ИР у пациентов с ожирением однозначны [2]. При проведении Российского исследования у пациентов с избыточной массой тела было отмечено снижение уровня как ИР и С-реактивного пептида натошак ($22,8 \pm 2,9$ и $19,7 \pm 2,3$ мЕд/мл; $3,3 \pm 0,6$ и $1,96 \pm 0,2$ нг/мл), так и особенно их концентраций в ответ на стимуляцию глюкозой во время проведения нагрузочного теста с глюкозой ($108,1 \pm 26,9$ и $83,3 \pm 28,8$ мЕд/л; $8,0 \pm 2$ и $3,96 \pm 0,7$ нг/мл соответственно) после терапии Престариумом А. Через 6 мес приема препарата отношение содержания инсулина к концентрации глюкозы в крови как интегральный показатель чувствительности организма к инсулину натошак и после нагрузки глюкозой уменьшилось (натошак $3,97 \pm 0,6$ и $3,2 \pm 0,4$; после нагрузки $17,96 \pm 4,06$ и $8,91 \pm 2,05$) [2].

Таким образом, литературные данные позволяют считать, что терапия Престариумом А у больных АГ с ожирением позволяет достичь желаемого уровня АД и осуществлять контроль АД. Престариум А обладает выраженной кардио-, нефро- и ангиопротекторными действиями, улучшает показатели углеводного обмена, уменьшает ИР и воспалительные процессы у больных АГ с ожирением и ОА, в наибольшей степени по сравнению с другими препаратами группы ИАПФ оказывает положительное влияние на один из ключевых адипокинов при ожирении – лептин.

Проведенное исследование показывает, что именно Престариум А в наибольшей степени подходит для лечения АГ при ожирении и ОА, поскольку не только эффективно снижает АД, но и влияет на широкий спектр факторов риска сердечно-сосудистых

осложнений при таком сочетании патологий (от нормализации липидного и углеводного обмена до улучшения антропометрических показателей), а также снижает риск развития сахарного диабета.

Литература

1. Дедов И.И. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 456 с.
2. Применение периндоприла у больных мягкой умеренной артериальной гипертензией и метаболическим синдромом / В.Б. Мычка [и др.] // Артер. гипертензия. – 2002. – № 1. – С. 36–41.
3. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения / под ред. F.Branca, H.Nikogosian, L.Tim. – ВОЗ, 2009. – 391 с.
4. Brasie, A. Vascular Inflammation as a Cardiovascular Risk Factor Principles of Molecular Cardiology / A. Recinos, M. Eledrisi // Contemporary Cardiol. – 2005. – Vol. 6. – P. 577–604.
5. Madej, A. The effects of 1 month antihypertensive treatment with perindopril, bisoprolol or both on the ex vivo ability of monocytes to secrete inflammatory cytokines / A. Madej, L. Buldak, M. Basiak // Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. – 2009. – Vol. 47. – №11. – P. 686–694.
6. van Zwieten, P.A. Angiotensin II receptor antagonists (AT1-blockers, ARBs, sartans): similarities and differences / P.A. van Zwieten // Neth Heart J. – 2006. – Vol. 14, №11. – P. 379–389.
7. Zhang, Y. Epidemiology of Osteoarthritis / Y.Zhang, J.Jordan // Clin. Geriatr. Med. – 2010. – Vol. 26. – №3. – P.353–369.

УДК 616.12-071: 575. 191-007. 271

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕСТАНСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.В. НИКИТИН, Е.В.ГОСТЕВА, Х.А. БУЛУЕВА, Л.Р. ЭЛЬЖУРКАЕВА

ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, ул. Депутатская, д. 15, г. Воронеж, 394055, тел.: (473) 236-68-31

Аннотация: с целью изучения влияния терапии престансом (фирма «Servier», Франция) в суточной дозе 10/5 мг на состояние кардиореспираторной системы, обследовано 32 пациента (возраст $56,3 \pm 1,8$ года) с ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и хроническим обструктивным бронхитом. Суточное мониторирование ЭКГ и АД, эхокардиография, определение ОФВ1 и газового состава крови проводились до лечения и на 6-й неделе терапии. Показано комплексное благоприятное влияние престанса на коронарное кровообращение, бронхообструкцию, степень дыхательной недостаточности, нарушения сердечного ритма, а также на системную и легочную гипертензии.

Ключевые слова: престанс, ИБС, артериальная гипертензия.

PRESTANS EFFECT ON STATE OF CARDIORESPIRATORY SYSTEM IN THE PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE COMBINED WITH SOMATIC PATHOLOGY

A.V. NIKITIN, E.V.GOSTEVA, KH.A. BULUEVA

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy

Abstract: to study the effect of treatment by the Prestans (Society "Servier", France) in the dose of 10/5 mg per day on the state of cardiorespiratory system, 32 patients (age $56,3 \pm 1,8$ years) with the coronary heart disease in combination with arterial hypertension and chronic obstructive bronchitis were examined. The 24-hour ECG and BP monitoring, the echocardiography, the evaluation of FEV, and of blood gases were performed before the treatment and in the 6th week of treatment. A combined favorable effect of the Prestans was shown in respect of the coronary circulation, bronchial obstruction, degree of respiratory failure, cardiac arrhythmias as well as on the level of systemic and pulmonary hypertensions.

Key words: Prestans, coronary heart disease, arterial hypertension.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из главных причин заболеваемости и смертности работоспособного населения. Высокая распространенность ИБС и хронических обструктивных заболеваний легких, весьма частое их сочетание, а также присоединение системной артериальной гипертензии, которая может носить как эссенциальный, так и пульмоногенный характер, диктуют необходимость комплексного подхода к лечению [1,7]. Для медикаментозной коррекции поражения миокарда, нарушений внутрисердечной, легочной и системной гемодинамики наиболее перспективными средствами являются комбинированные препараты, включающие в себя пролонгированные формы антагонистов кальция и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента [6].

Цель исследования – изучение влияния терапии престансом (периндорил аргинин и амлодипин) в дозе 10/5 (фирма «Servier», Франция) на выраженность ишемии миокарда, частоту и характер аритмий, состояние гемодинамики, у больных ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ).

Материалы и методы исследования. Комплексное обследование проведено до лечения и на фоне терапии престансом в суточной дозе 10/5 мг длительностью 6 недель у 32 больных мужского пола (средний возраст $56,3 \pm 1,8$ года). У всех пациентов диагностировано сочетание хронической ИБС, стенокардии напряжения II-III функционального класса, с ХОБ вне обострения и артериальной гипертензией 2 степени. Длительность заболевания ИБС составила в среднем $8,2 \pm 1,6$ года, ХОБ – $11,7 \pm 1,9$ года, артериальная гипертензия – $9,2 \pm 1,7$ года. Хроническая сердечная недостаточность I функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) у 19 (59,4%) и II функционального класса у 13 (40,6%) больных.

Дыхательная недостаточность соответствовала стадии I – у 17 (53,1%), II – у 15 (46,9%). Суточное мониторирование ЭКГ осуществляли с помощью системы «Кардиотехника 04» фирмы «ИНКАРТ, Ст Пе-

тербург». При анализе желудочковых аритмий использовали модифицированную градацию B.Lown и M. Wolf [2,4]. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось с помощью системы автоматического носимого монитора BPLab (Россия). Суточная регистрация артериального давления в амбулаторных условиях позволяет получить дополнительную информацию о больном, а результаты проведенного 24-часового мониторирования АД точнее отражают тяжесть артериальной гипертензии и ее прогноз. Одним из факторов, определяющим неблагоприятный прогноз у больных артериальной гипертензией является повышенная среднесуточная вариабельность артериального давления. Во время мониторирования соблюдались следующие интервалы: 15 минут – день и 30 минут – ночь. При анализе суточного профиля АД, полученного в результате проведенного исследования использовались следующие показатели: средние значения уровней систолического и диастолического АД за день (с 7 до 23 часов – бодрствование) и ночь (с 23 до 7 часов – сон): САДд – среднее систолическое АД за день, САДн – среднее систолическое АД за ночь, ДАДд – среднее диастолическое АД за день, ДАДн – среднее диастолическое АД за ночь. Вариабельность АД оценивали по величине стандартного отклонения. ВАРСАДд – вариабельность систолического АД за день, ВАРДАДд – вариабельность диастолического АД за день, ВАРСАДн – вариабельность систолического АД за ночь, ВАРДАДн – вариабельность диастолического АД за ночь. Рассчитывались индексы времени гипертензии: ИВ САДд – процент измерений САД, превышающих 140 мм.рт.ст. в период бодрствования; ИВСАДн – процент измерений САД, превышающих 120 мм.рт.ст. в период сна; ИВ ДАДд – процент измерений ДАД, превышающих 90 мм.рт.ст. в период бодрствования; ИВДАДн – процент измерений ДАД, превышающих 80 мм.рт.ст. в период сна. Степень ночного снижения систолического (CHССАД,%) и диастолического АД (CHСДАД,%) определяли по формулам: $CHC\ SA\ D = (CA\ D\ d - CA\ D\ n) / CA\ D\ d \times 100\%$; $CHC\ DA\ D = (DA\ D\ d - DA\ D\ n) / DA\ D\ d \times 100\%$

Эхокардиографическое исследование выполнялось по традиционной методике на эхокардиографе «Vivid 3» (GE). Определялись следующие показатели: конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический размеры (КСР), конечно-систолический (КСО) и конечно-диастолический объемы (КДО) левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки (ТЗС), ударный объем (УО), фракция выброса (ФВ) левого желудочка, передне-задний размер правого желудочка и толщина стенки правого желудочка (ТСПЖ). Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R.Devereux [8]. Оценивали также индекс ММЛЖ (ИММЛЖ), отнесенный к площади поверхности тела. Максимальное систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) определяли по градиенту трикуспидальной регургитации. Исследование функции внешнего дыхания проводилось на аппарате «Спиротест-РС» (Россия) в режиме ATS. Парциальное давление кислорода (PO₂) и углекислого газа (PCO₂) в капиллярной крови с помощью микроанализатора «Stat-Profile-5» (США).

Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием статистической программы «Statgraphics». Достоверность динамики показателей определяли с помощью парного критерия t Стьюдента и непараметрического критерия Вилкоксона. За достоверность различий изучаемых параметров принимали $p < 0,05$.

Таблица 1

Показатели суточного мониторирования ЭКГ у больных ИБС с артериальной гипертензией и ХОБ

Показатель	ИБС с артериальной гипертензией и хроническим обструктивным бронхитом (n=32)	
	исходно	После лечения
Наличие наджелудочковых экстрасистол	28 (87,5%)	20 (62,5%)*
Эпизоды наджелудочковой тахикардии	6 (18,7%)	1 (3,1%)*
Суточное количество наджелудочковых экстрасистол	265,3±65,7	101,9±36,9**
Наличие желудочковых экстрасистол	22 (68,7%)	15 (46,9%)*
Желудочковые экстрасистолы высоких градаций	14 (43,7%)	4 (12,5%)*
Суточное количество желудочковых экстрасистол	459,5±121,0	104,2±42,0**
Средняя ЧСС	72,2±1,3	73,1±1,6
Количество эпизодов депрессии сегмента ST за сутки	2,41±0,41	0,92±0,20**
Общая продолжительность депрессии сегмента ST за сутки, мин	12,45±2,35	2,79±0,81**

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; достоверность различий по критерию Вилкоксона

Результаты и их обсуждение. После проведенного лечения, которое в полном объеме завершили все пациенты, показатели суточного мониторирования ЭКГ до лечения и на фоне терапии престансом

10/5 представлены в табл. 1. Количество эпизодов депрессии сегмента ST за сутки уменьшилось с $2,41 \pm 0,41$ до $0,92 \pm 0,20$ ($p < 0,01$), общая продолжительность депрессии – с $12,45 \pm 2,35$ до $2,79 \pm 0,81$ мин. ($p < 0,01$). Отмечалось достоверное снижение частоты регистрации наджелудочковых экстрасистол, наджелудочковых тахикардий, желудочковых аритмий высоких градаций.

На фоне лечения уменьшилось количество наджелудочковых и желудочковых экстрасистол за сутки, отмечено снижение максимума регистрируемой градации желудочковых аритмий. Средняя частота сердечных сокращений в результате проведенного лечения достоверно не изменялась. Динамика показателей суточного мониторирования АД у больных ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и ХОБ и в результате лечения престансом представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели суточного мониторирования АД у больных ИБС с артериальной гипертензией и ХОБ

Показатель	исходно (n=32)	после лечения (n=32)
САДд, мм.рт.ст.	152,1±2,5	141,9±2,1 ***
ДАДд, мм.рт.ст.	94,0±1,8	87,4±1,7 ***
САДн, мм.рт.ст.	139,2±2,6	130,0±1,8 ***
ДАДн, мм.рт.ст.	85,7±1,9	78,3±1,7 ***
ВАР САДд, мм.рт.ст.	15,4±0,5	10,1±0,2*
ВАР ДАДд, мм.рт.ст.	13,2±0,4	8,9±0,1*
ВАР САДн, мм.рт.ст.	14,8±0,4	8,2±0,3*
ВАР ДАДн, мм.рт.ст.	10,6±0,4	6,1±0,1*
ИБ САДд, %	65,3±5,3	47,8±4,4 ***
ИБ ДАДд, %	55,1±4,3	38,9±4,3 ***
ИБ САДн, %	83,8±4,9	55,0±4,9 ***
ИБ ДАДн, %	59,2±5,1	37,1±4,4 ***

Примечание: * – $p < 0,05$; *** – $p < 0,001$

Таблица 3

Показатели эхокардиографии больных ИБС в сочетании с ХОБ и артериальной гипертензией исходно и после терапии

Показатель	Исходно (n=32)	После лечения (n=32)
КДР, см	5,34±0,08	5,33±0,07
КСР, см	3,70±0,10	3,68±0,09
ТМЖП, см	1,21±0,03	1,18±0,03
ТЗС, см	1,11±0,03	1,09±0,03
ПЖ, см	2,62±0,06	2,47±0,04*
ТСПЖ, см	0,46±0,02	0,44±0,02
ММЛЖ, г	299,3±12,0	285,9±10,1
ИММЛЖ, г/м ²	141,0±6,0	138,2±5,9
КДО, мл	138,9±5,0	138,1±4,5
КСО, мл	59,5±3,9	58,3±3,7
УО, мл	79,1±3,0	79,6±2,5
ФВ, %	57,3±1,7	58,0±1,5
СДЛА, мм.рт.ст.	32,1±1,3	25,1±1,2 ***

Примечание: * – $p < 0,05$; *** – $p < 0,001$

На фоне терапии наблюдалось достоверное снижение средних значений систолического и диастолического АД как в дневное, так и в ночное время, а также уменьшение перегрузки систолическим и

диастолическим давлением (индекса времени), как в дневное, так и ночное время. Значительно уменьшилась вариабельность систолического и диастолического АД. При анализе показателей эхокардиографии (табл. 3) не было выявлено достоверной динамики размеров и объемов левого желудочка. Толщина МЖП и задней стенки левого желудочка, ММЛЖ и ее индекс также существенно не изменились, однако отмечена тенденция к их уменьшению. На фоне терапии наблюдались достоверное уменьшение размеров правого желудочка и СДЛА.

В результате лечения престансом 10/5 отмечено улучшение показателей функции внешнего дыхания, ОФВ1 возросла с $62,5 \pm 4,6\%$ до $73,3 \pm 4,6\%$ ($p < 0,001$). Наблюдалось повышение PO_2 с $66,0 \pm 1,6$ мм рт.ст. до $72,1 \pm 2,0$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) и понижение PCO_2 с $44,2 \pm 1,0$ мм рт.ст. до $42,0 \pm 0,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$).

Группа дигидропиридиновых антагонистов кальция относится к основным антиангинальным препаратам. Выраженный антиишемический эффект престанса, проявился уменьшением как частоты эпизодов, так и общей длительности эпизодов депрессии сегмента ST при проведении суточного мониторирования ЭКГ. Особенностью группы больных включенных в исследование являлось сочетание ишемии миокарда с системной артериальной гипертензией и ХОБ. То есть, наряду с атеросклерозом коронарных артерий присутствовали перегрузка миокарда и нарушения функции дыхания, факторов усугубляющих ишемическое поражение миокарда [3,9].

Таким образом, у этой категории пациентов необходим выбор лекарственного препарата, обладающего не только антиишемическим действием, но и способностью снижать системную и легочную артериальную гипертензию, улучшать бронхиальную проходимость. Применение престанса выявило коррекцию системной и легочной артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких. Оно характеризовалось снижением как систолического, так и диастолического АД и в дневное и в ночное время суток. Вариабельность систолического и диастолического АД достоверно снизилась, что можно расценить как благоприятный признак. Отмечено достоверное увеличение степени ночного снижения систолического и диастолического АД, в результате лечения престансом. Это можно расценить как положительное влияние препарата, поскольку среди больных преобладали лица с исходно недостаточной степенью ночного снижения АД. Антагонисты кальция обладают также способностью снижать давление в легочной артерии и улучшать проходимость бронхиального дерева [5]. На фоне приема престанса отмечалось достоверное улучшение показателей бронхиальной проходимости, в том числе ОФВ1, повышение парциального давления кислорода в крови.

Данные динамические изменения свидетельствуют об улучшении вентиляции легких, увеличении

оксигенации артериальной крови. Вследствие вазодилатирующего эффекта престанса отмечена значительная регрессия как системной, так и патогенетически связанной с ней легочной артериальной гипертензией.

Нормализация давления в легочной артерии способствовала уменьшению передне-заднего размера правого желудочка. Данные факты свидетельствуют о нормализации внутрисердечной гемодинамики, в частности косвенно говорят о снижении конечно-диастолического давления в правых камерах сердца.

Механизм антиаритмического эффекта престанса у больных ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и ХОБ представляется достаточно сложным, поскольку он не обладает прямым антиаритмическим действием. Наблюдавшееся у наших больных улучшение количественных и качественных показателей нарушений сердечного ритма по данным суточного мониторирования ЭКГ представляет определенный интерес. Наиболее вероятно, что этот эффект обусловлен антиишемическим действием престанса, благоприятным изменением внутрисердечной, легочной и системной гемодинамики, улучшением оксигенации крови.

Выводы:

1. У больных ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и ХОБ лечение престансом позволяет достичь комплексного благоприятного влияния на состояние кардиореспираторной системы.
2. Проводимая терапия приводит к уменьшению частоты и длительности эпизодов ишемии миокарда, а также количества наджелудочковых и желудочковых аритмий.
3. Лечение престансом позволяет снизить системную и легочную гипертензию у больных с сочетанной патологией кардиореспираторной системы.
4. Престанс благоприятно влияет на показатели функции внешнего дыхания у больных ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и ХОБ, улучшая бронхиальную проходимость и газовый состав крови.

Литература

1. Бобров, В.А. Артериальная гипертензия при хронической бронхиальной обструкции и некоторые вопросы ее лечения / В.А.Бобров, С.Н.Поливода, И.М.Фуштей, Т.А. Янушевская // Кардиология.– 1985.– №6.– С. 67–70.
2. Желудочковые аритмии у больных с митральным пороком сердца (данные суточного мониторирования ЭКГ) / А.А.Данилов [и др.] // Тер. архив.– 1990.– №8.– С. 114–117.
3. Особенности течения легочной гипертензии у больных хроническими обструктивными бронхитами: сообщение 2-е. / А.И. Кокосов [и др.] // Тер. архив.– 1988.– № 12.– С. 124–126.
4. Лаун, Б. Внезапная смерть при коронарных болезнях сердца / Б. Лаун // Тер. архив.– 1973.– №2.– С. 40–55.

5. Лечение нифедипином легочной гипертензии, осложняющей хронические обструктивные болезни легких. / Н.Р. Палеев [и др.] // Клиническая медицина. – 1989. – №6. – С. 117–120.

6. Сидоренко, Б.А. Антагонисты кальция / Б.А. Сидоренко, Д.В. Преображенский. – М.: АОЗТ «Информатик», 1997. – 176 с.

7. О частоте ишемической болезни сердца у больных хроническим бронхитом / В.В. Харламов [и

др.] // Коронарная болезнь сердца. – Красноярск, 1982. – С. 132–137.

8. Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings / R.B. Devereux [et al.] // Am J Cardiol. – 1986. – V.57. – P. 450–458.

9. Just, H. Calcium antagonist drugs in hypertensive patients with angina pectoris / H. Just, M. Frey, M. Zehender // Eur. Heart J. – 1996. – V.17. – P. 20–24.

УДК 616.33-002.44+615.33]:615.844.3

НИЗКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ ТЕРАПИЯ – АЛЬТЕРНАТИВА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Л.В. ВАСИЛЬЕВА, И.А. ГОРЬКОВЕНКО

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д.10, г. Воронеж, 394030, тел.: (473) 236-68-31

Аннотация: статья посвящена эффективности применения низкочастотной электромагнитной терапии в комплексном лечении больных с язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, хеликобактер, эрадикационная терапия, полевая терапия.

LOW-FREQUENCY ELECTROMAGNETIC THERAPY AS ALTERNATIVE OF ANTIBIOTIC THERAPY OF PEPTIC ULCER OF DIGESTIVE TRACT

L.V. VASILYEVA, I.A. GORKOVENKO

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy

Abstract: article focuses on the effectiveness of low-frequency electromagnetic therapy in treatment in the patients with ulcerative lesions of the gastrointestinal tract.

Key words: ulcerative lesions of the gastrointestinal tract, Helicobacter pylori, eradication therapy, field therapy.

Язвенная болезнь (ЯБ) относится к числу наиболее часто встречающейся патологии желудочно-кишечного тракта (18% заболеваний ЖКТ), а выбор адекватных схем её лечения – к числу наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии.

По данным клинических наблюдений, около 5-15% (в среднем 7-10%) взрослого населения земного шара страдает или страдало этим заболеванием [1]. Результаты патологоанатомических исследований дают более высокие цифры (около 28,8%), что свидетельствует о скрытом течении заболевания у ряда больных.

ЯБ – заболевание мультифакторного генеза, однако в настоящее время в этиопатогенезе болезни, особенно при её дуоденальной форме большое значение придаётся инфекционному агенту – *Helicobacter pylori* (НР) [1,2].

Исследования, проведённые Барри Маршаллом и Робинот Уорреном, положили начало антибиотикотерапии в лечении язвенной болезни.

До настоящего времени в России действуют рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции НР, разработанные на основе II Маастрихтского соглашения.

Лечение начинают со схемы первой линии:

– ингибитор протонной помпы (ИПП) в двойной дозе в два приёма утром и вечером до еды (омепразол и его аналоги);

– амоксициллин 2000 мг в сутки в два приёма;

– кларитромицин 1000 мг в сутки в два приёма во время еды в течение 7 дней.

При её неэффективности (отсутствие эрадикации НР через 4-6 недель после полной отмены антибиотиков и антисекреторных препаратов) пациенту назначается антихеликобактерная терапия второй линии:

– висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки или по 240 мг 2 раза в сутки;

– тетрациклин 2000 мг в сутки в четыре приёма;

– метронидазол 1000 мг в сутки в два приёма.