

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ *HELICOBACTER PYLORI* АССОЦИИРОВАННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Рустамов М.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

dr.rustamov@mail.ru

*Публикация посвящена оптимизации лечения пациентов, больных дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Выявлено, что применение стандартной схемы эрадикационной терапии вызывает нарушение кишечного микробиоценоза, усугубляет имеющийся дисбиоз, увеличивает частоту диспепсических жалоб. Добавление пробиотиков к традиционной терапии повышает эффективность эрадикации, улучшает переносимость лечения, кишечный микробиоценоз, однако вызывает новые случаи дисбиоза. Сочетанное применение питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов является наиболее оптимальной, безопасной и экономичной методикой при лечении таких пациентов.*

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*; эрадикация; дуоденальная язва; пробиотики; минеральные воды.

OPTIMIZATION OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH *HELICOBACTER PYLORI* ASSOCIATED DUODENAL ULCER

Rustamov M.N.

Belarusian State Medical University

Minsk, Belarus

*The article is devoted to optimization of the treatment of *Helicobacter pylori*-associated duodenal ulcer patients. It was revealed that the use of the standard eradication therapy causes a violation of the intestinal microbiocenosis, aggravates the existing dysbiosis, and increases the frequency of dyspeptic complaints. The addition of probiotics to traditional therapy increases the efficacy of eradication, improves treatment tolerance, intestinal microbiocenosis, but causes new cases of dysbiosis. Combined use of drinking mineral water, probiotics and antisecretory drugs is the most optimal, safe and economical method for treating such patients.*

Введение. *Helicobacter pylori* является возбудителем одной из самых распространенных инфекций в мире, занимающей лидирующее положение в развитии гастрита, язвенной болезни, В-клеточной лимфомы и рака желудка. Эрадикационная терапия считается успешной при достижении не менее 80% излечения [6]. Широкий спектр кислотосупрессивных и антибактериальных препаратов и их постоянное обновление, к сожалению, не привело к уменьшению количества больных с кислотозависимыми и *Helicobacter pylori*-ассоциированными патологиями. Резистентность к антибиотикам является основным фактором безуспешной терапии хеликобактерной инфекции. Устойчивость к антибиотикам непрерывно меняется, вследствие злоупотребления ими для лечения других заболеваний [8]. В последнее время эрадикация *Helicobacter pylori* проводится либо включением пробиотиков в состав стандартной антихеликобактерной терапии, либо в виде монотерапии

пробиотиками [5,7]. Выявление слабопатогенных штаммов *Helicobacter pylori* в желудке при отсутствии выраженных клинических, эндоскопических и морфологических нарушений расценивается как проявление дисбиоза желудка [1]. Терапия пробиотиками приводит к эффективному купированию симптомов диспепсии, развившихся или усугубившихся после проведения противоязвенной терапии первой линии [3]. Кратковременный эффект при медикаментозной терапии, развитие резистентности к антибактериальным и кислотосупрессивным препаратам, учащение лекарственных осложнений, аллергических реакций, дизбактериоза, снижение иммунитета обуславливает поиск новых эффективных и безопасных методов терапии пациентов, больных *Helicobacter pylori* ассоциированной дуоденальной язвой. В связи с этим необходимо кардинально изменить взгляды на терапию дуоденальной язвы, которым отвечает концепция восстановительной медицины, одной из актуальных задач которой является оптимизация применения природных немедикаментозных лечебных факторов, что часто достигается путем их сочетания с медикаментозными средствами. Питьевые минеральные воды являются одним из основных немедикаментозных факторов при восстановительном лечении больных с дуоденальной язвой [2,5]. Комплексное применение минеральных вод и стандартной антихеликобактерной терапии способствует ликвидации активного воспалительного процесса слизистой оболочки желудка и хеликобактерной контаминации и тем самым предотвращает развитие предраковой ситуации у пациентов с хроническим антральным гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* [4].

Таким образом, сочетанное применение немедикаментозных средств, в том числе питьевых минеральных вод и пробиотиков при восстановительном лечении пациентов с дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori* является не только актуальным, но и социально значимым.

Цель исследования. Изучение реабилитационных возможностей сочетанного применения питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов при восстановительном лечении пациентов с дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 122 больных с *Helicobacter pylori* – позитивной дуоденальной язвой в возрасте от 20 до 60 лет, в том числе женщин – 54, мужчин – 68. Пациенты были рандомизированы на три сходные по клинической характеристике группы.

Всем пациентам кроме общеклинических исследований была проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией с помощью аппарата Olympus GIF-Q-40 (Olympus Optical Co., Япония). Выявление *Helicobacter pylori* в биоптатах проводили методом Гимзы. Видовой и количественный состав микрофлоры толстого кишечника изучали методом десятикратных разведений фекалий на стандартном наборе элективных и дифференциально-диагностических сред для выявления аэробных и анаэробных микроорганизмов.

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, что и первая группа, 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 Эссендуки № 4 по 2/3 стакана 3 раза в день за 90 минут до приема пищи, дегазированную, подогретую до 38°С. Лечение во всех группах проводили в течение одного месяца.

Результаты и 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. Микробиологическое исследование фекалий на дисбиоз показало, что 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% пациентов такие жалобы появились впервые на фоне проводимой терапии. Эти жалобы 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. Контрольные исследования фекалий на дисбиоз показали, что у больных третьей группы достоверно улучшился кишечный микробиоценоз, который выражался в увеличении уровня облигатной группы до нормальных величин и уменьшении условно патогенной микрофлоры. 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 больных с дисбиозом кишечника и усугубление степени дисбиоза. Эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* составила 68,18%, 82,5% и 81,57% в первой, во второй и третьей группах соответственно. Эндоскопический контроль показал, что у пациентов третьей группы заживление дуоденальной язвы происходило в 89% случаев, что на 6% и 9% эффективнее, чем во второй и первой группах соответственно.

Полученные нами результаты подтверждают, что комбинированное применение пробиотиков, питьевых минеральных вод и антисекреторных препаратов в восстановительном лечении пациентов с дуоденальной язвой является эффективной реабилитационной технологией, отличающейся безопасностью и малыми экономическими затратами. Данный метод восстановительного лечения больных дуоденальной язвой, может быть

рекомендован на всех стадиях лечения и профилактики заболевания в условиях стационара, поликлиники, санатория.

Выводы

1. Применение стандартной схемы эрадикационной терапии вызывает нарушение кишечного микробиоценоза, усугубляет имеющийся дисбиоз, увеличивает частоту диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% пациентов появляются такие жалобы на фоне проводимой терапии.

2. 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.

3. Сочетанное применение питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов является наиболее оптимальной, безопасной и экономичной методикой при лечении пациентов с *Helicobacter pylori* ассоциированной дуоденальной язвой, которая позволяет снизить дозу антисекреторных препаратов, повысить эффективность лечения.

Список литературы

1. Барышникова, Н.В. Роль генетических особенностей HELICOBACTER PYLORI в патогенезе заболеваний органов пищеварения: от теории к практике / Н.В. Барышникова, А.Н. Суворова, Е.И. Ткаченко, Ю.П. Успенский // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2008, 6, – 52-59.

2. Выгоднер, Е. Б. Физические факторы в гастроэнтерологии / Е.Б. Выгоднер – Медицина, 1987. – 304с.

3. Зверева, С.И. Синбиотики в комплексной терапии больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / С.И. Зверева, О.И. Никитина, Е.Ю. Ерёмкина – Материалы IX съезда НОГР, Москва, 2009, – с. 65

4. Осипов, Ю.С. Курортная терапия больных хроническим хеликобактерным гастритом питьевыми минеральными водами различного состава / Ю.С. Осипов, Н.В. Ефименко, И.Г. Эрешова, А.С. Кайсинова, Ф.И. Текеева – Пятигорск, 2008. – 23 с.

5. Рустамов, М.Н. Влияние питьевых минеральных вод на секреторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов хроническим гастритом. Оптимизация питьевого режима / М.Н. Рустамов – Гастроэнтерология Санкт-Петербурга – 2017 №3, С. 37-44.

6. Симаненков, В.И. СаgА-статус *Helicobacter pylori* и эффективность эрадикационной терапии / В.И. Симаненков, Н.В. Захарова, Д.И. Боваева – Гастроэнтерология СПб. -2004, №1, – С.11

7. Цуканов, В.В. Современные аспекты эрадикации *Helicobacter pylori* / В.В. Цуканов, О.С. Амельчугова, П.Л. Щербаков – Лечащий врач, 2010, 2. – стр. 38-40

8. Canducci, F. Probiotics and *Helicobacter pylori* eradication / F. Canducci, F. Cremonini, A. Armuzzi – Dig.Liver Dis. – 2002. – Vol.34, Suppl. 2. – P.81-83.

9. Chisholm, S.A. Surveillance of primary antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* at centers in England and Wales over a six-year period (2000-2005) / S.A. Chisholm, E.L. Teare, K. Davies – Euro Servell, – 2007. № 12. – P.E3-E4.