

Г.М. ХАЙБУЛЛИНА, А.С. БУЛЕБАЕВА, М.Е. КӨШЕРБАЕВА,
С.Б. БАТАН, Н.Б. ЕРАЛЫ, А.Ә. ҚЫСТАУБАЙ,
Ж.Т. ТҰРЛЫБЕК, А.М. УСМАНОВА, А.М. АҚЫЛШАЕВА,
Қ.А. ӘБШҮКІРОВА, А.Т. ӘБУБӘКІРОВА,
Ж.Д. КОПЕЙСИНОВА, Г.Қ. НАКІПБЕКОВА, Ж.Ж. СТАМБЕКОВА
Казахский Национальный медицинский университет
им. С. Д. Асфендиярова

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

УДК 616-022.7:579.835.12-08-084

Эрадикационная терапия на практике не всегда сопровождается стопроцентной эффективностью. Выбор схемы лечения после неудачи первой попытки весьма труден. Эффективна трехкомпонентная схема лечения в стандартной дозировке, удобной форме выпуска в составе: ингибитор протонной помпы омепразол, кларитромицин, амоксициллин в лечении и профилактике пациентов с выявленной хеликобактерной инфекцией.

Ключевые слова: эрадикационная терапия, хеликобактер, комплайнс

Эрадикационная терапия на практике не всегда сопровождается стопроцентной эффективностью. Возникает вопрос о выборе схемы лечения после неудачи первой попытки. В качестве показателя, свидетельствующего об оптимальности схемы лечения, все Маастрихтские рекомендации [1, 2, 3] называют 80% эрадикацию хеликобактера (Hr), т.е. процент эрадикации микроорганизма по критерию intention-to-treat должен быть равен или превышать 80%. Решающее значение имеет, терапия первой линии, которая должна быть нацелена на достижение эрадикации Hr у максимального числа больных. В качестве терапии первой линии Маастрихтские рекомендации III предлагают следующие трехкомпонентные схемы лечения: ингибитор протонной помпы омепразол – 20 мг+кларитромицин – 500 мг+амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Минимальная продолжительность тройной терапии – 7 дней, но более эффективен 14-дневный курс лечения (на 12%; 95% доверительный интервал – ДИ: 7–17%) [3, 4].

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность трехкомпонентной схемы лечения: ингибитор протонной помпы омепразол – 20 мг+кларитромицин – 500 мг+амоксициллин - 1000 мг 2 раза в день у пациентов с выявленной хеликобактерной инфекцией.

Материал и методы исследования: Критериями включения в группу исследования являлись: наличие клинических симптомов - схваткообразные боли и тяжесть в области желудка, изжога, отрыжка, неприятный запах изо рта, при отсутствии патологии зубов. НР позитив по ИФА, давность заболевания гастритом, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки на момент обращения, отсутствие операций со стороны ЖКТ, понимание целей, задач и хода исследования, а так же добровольное информированное согласие. В основную группу вошли 15 обследованных от 16 до 45 лет, получавших базисную эрадикационную терапию, состоящую из омепразола, амоксициллина, кларитромицина и 10 пациентов этой же возрастной группы составили группу сравнения, получавшие другие схемы, в которых не было указанных препаратов. Пациенты принимали комбинированный состав в одной упаковке и удобной форме выпуска 2 раза в сутки, утром и вечером. Курс лечения 14 дней. Прием пищи не влиял на биодоступность кларитромицина и амоксициллина [5].

Результаты и обсуждение: Оценка клинических данных проводилась согласно визуально-аналоговой шкале (ВАШ) по 3 бальной системе: 0 - баллов – отсутствие симптомов, 1- симптомы слабо выражены, 2- умеренно выраженные симптомы, 3 - симптомы выражены [6]. Осмотр групп сравнения и основной, проводили до начала лечения, на 7 и 14 сутки. Производили оценку состояния по следующим показателям: снижение частоты схваткообразных болей, уменьшение изжоги, отрыжки, тошноты, рвоты до и после еды. Продолжительность курса лечения составляла 14 дней.

Анализ полученных данных выявил, что у пациентов группы сравнения дольше (на 2 недели), чем в основной группе, сохранялись признаки болевого и диспепсического синдрома. Оценка по шкале ВАШ у 64% обследованных составляла 3 балла и удерживалась до 2 недель дольше. У 18% – признаки имели рецидивирующий характер, у 36%- проблемы отрыжки и изжоги, у 16% отмечались ночные проявления, и только у 30% наблюдался благополучный исход. В основной группе клинические проявления купировались на 2-3 день от начала заболевания, оценка по шкале ВАШ у 96% обследованных не превышала 2 баллов, процесс излечения проходил без рецидивов и осложнений и завершился полной нормализацией состояния у всех наблюдаемых к 3-5 суткам.

Выводы: В 96%-х случаев в ходе исследования эффективна трехкомпонентная схема лечения в стандартной дозировке, удобной форме выпуска: ингибитор протонной помпы омепразол - 20 мг+кларитромицин – 500 мг+амоксициллин – 1000 мг 2 раза в день в лечении и профилактике пациентов с выявленной хеликобактерной инфекцией [6]. Рекомендовать применение указанной трехкомпонентной схемы лечения в работу врача общей практики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Malfurtherner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concept in the management of Helicobacter pylori infection: the Maasticht III Consensus Report // Gut. – 2007. – 56. – P. 772–781.
- 2 Шатихин А.И. Регенерация и цитопротекция слизистой оболочки при заболеваниях желудка // Практический врач. - 2011.- №11. - С. 7-15.
- 3 Chey W. D., Wong B. C. Y. et al. American College of Gastroenterology Guideline on the management of Helicobacter pylori infection // Am. J. Gastroent. – 2007. – 102. – P. 1808–1825.
- 4 Функциональные расстройства пищеварительного тракта: Римские критерии III. – Метод. пособ. – 2012. – 20 с.
- 5 Гастроэнтерология: Клинические рекомендации / Под ред. В.Т.Ивашкина. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 208 с.
- 6 Graham D. Y., Lu H., Yamaoka Y. A report card to grade Helicobacter pylori therapy // Helicobacter. – 2007. - №12. – P. 275–278.

**Г.М. ХАЙБУЛЛИНА, А.С. БУЛЕБАЕВА, М.Е. КӨШЕРБАЕВА, С.Б. БАТАН, Н.Б. ЕРАЛЫ, А.Э. ҚЫСТАУБАЙ,
Ж.Т. ТҰРЛЫБЕК, А.М. УСМАНОВА, А.М. АҚЫЛШАЕВА, Қ.А. ӘБШҮКІРОВА, А.Т. ӘБУБАКІРОВА,
Ж.Д. КОПЕЙСИНОВА, Г.Қ. НАКІПБЕКОВА, Ж.Ж. СТАМБЕКОВА**

*С.Ж. Асфендияров Атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.
№1 ЖТД дайындау бойынша интернатура және резидентура кафедрасы*

ХЕЛИКОБАКТЕРИЯЛЫҚ ИНФЕКЦИЯ ПРОФИЛАКТИКАСЫ МЕН ЕМІНДЕГІ ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Түйін: Тәжірибеде эрадикациялық терапия әрқашан жүз проценттік эффективтілік бермейді. Сәтсіз жасалған бірінші қадамнан кейін емдеу схемасын таңдау қиынға соғады. Емдеудің үш компонентті схемасы өзінің стандартты мөлшерлемесімен, ыңғайлы шығарылу формасымен эффективті. Оның құрамына хеликобактериялық инфекция анықталған науқастың емі мен алдын алу мақсатында протондық помпа ингибиторы омепразол, кларитромицин, амоксициллин кіреді.

Түйінді сөздер: эрадикациялық терапия, хеликобактер, комплайнс

**G.M. KHAIBULLINA, A.S. BULEBAYEVA, M.E. KOSHERBAYEVA, S.B. BATAN, N.B. ERALY, A.A. KISTAUBAY,
Z.T. TURLIBEK, A.M. USMANOVA, A.M. AKYLYSHEVA, K.A. ABSHIKUROVA, A.T. ABUBAKIROVA,
Z.D. KOPEYSINOVA, G.K. NAKIPBEKOVA, Z.Z. STAMBEKOVA**

Kazakh National Medical University n.a S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

NEW TECHNOLOGIES IN TREATMENT AND PREVENTION OF H. PYLORI INFECTION

Resume: In practice eradication therapy can not be always hold successfully. Choosing the treatment scheme after first unsuccessful attempt can be problematic. Triple-component scheme of treatment in a standard dosage, suitable form of release in composition: inhibitor of proton pump omeprazole, clarithromycin, amoxicillin for patients treatment and prevention with detected helicobacter infection are effective.

Keywords: eradication therapy, helicobacter, compliance