

УДК:616.33-002.44-085.37

ГЕМАЛИН В ЭРАДИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ш.Н. Даминов, Н.С. Нурмухамедова, М.З. Ризамухамедова

Ташкентская медицинская академия, Ташкент,

Республика Узбекистан

(100019, г. Ташкент, ул. Чувалачи, 51А) prof.riza@mail.ru

Приведены результаты исследования эффективности препарата гемалина в комплексной терапии 60 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки *Helicobacter pylori*. При лечении гемалином эрадикация *Helicobacter pylori* отмечена в 96,6% по сравнению с традиционной терапией, при которой эффективность составила 68,9%. Препарат ускоряет заживление язвенного дефекта в короткие сроки. Высокая эффективность гемалина связана с его способностью эрадикации *Helicobacter pylori* и иммуномодулирующим свойством.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хеликобактериоз, гемалин.

HEMALIN IN ERADICATE HELICOBACTER PYLORI IN DUODENAL ULCER DISEASE

Sh.N. Daminov, N.S. Nurmuhamedova, M.Z. Rizamuhamedova

Tashkent medical academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan

(100019, Tashkent, Chuvalachi st., 51A) prof.riza@mail.ru

Information results of investigation effect hemalin in therapy 60 patients with duodenal ulcer called *Helicobacter pylori*. Treatment with Hemalin show eradication *Helicobacter pylori* in 96,6% of patients, but tradition therapy called effect in 68,9%. Hemalin assist fast intention ulcer defect quickly. High effect of hemalin (information) promote with its eradicate *Helicobacter pylori* and immunomodulate act.

Keywords: duodenal ulcer, *Helicobacter pylori*, Hemalin.

До настоящего времени язвенная болезнь (ЯБ) остается заболеванием, имеющим высокое клиническое и социальное значение не только в структуре патологии органов пищеварения, но и в клинике внутренних болезней в целом [9, 10]. Это обусловлено широкой распространенностью ЯБ, прогрессивным клиническим течением заболевания, которое приводит к большому количеству трудопотерь, инвалидизации и дисквалификации больных преимущественно трудоспособного возраста [5, 6]. Более того, в последние годы наметилась четкая тенденция к увеличению частоты осложненных форм ЯБ, фатальных исходов заболевания. Современная концепция патогенеза ЯБ рассматривает в качестве основного ее механизма нарушение равно-

весия между факторами агрессии и факторами защиты слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [2, 4, 12]. Главным фактором защиты СОЖ является целостность мембран покровно-эпителиального пласта гастродуоденальной зоны (ГДЗ). Она определяется физическим состоянием и функциями клеточных мембран, зависящими от микровязкости, текучести, гидрофильности, степени олигомеризации мембранных белков и их взаимодействия с липидами и обусловленными определенными частотно-волновыми характеристиками, нарушающимися при патологических изменениях. Кроме того, среди факторов, угнетающих резистентность СО ГДЗ, важную роль играют нарушения в системе местного и общего иммунитета [1].

Ситуация усугубляется наличием существенных трудностей при выборе оптимальных средств противоязвенной терапии, в основе чего лежит большое разнообразие лекарственных форм и отдельных препаратов, предлагаемых для лечения ЯБ. При этом дискуссионными остаются вопросы, связанные с использованием конкретных фармакотерапевтических режимов терапии ЯБ. К настоящему времени сложилось обоснованное мнение о необходимости строгой индивидуализации лечения заболевания у каждого больного.

С момента установления В. Marshall и J. Warren в 1983 году связи с ассоциацией *Helicobacter pylori* (НР) гастритом и ЯБ проведены многочисленные исследования антихеликобактерной активности многих антибактериальных средств. Однако даже лучшие из известных схем лечения не обладают 100%-ной эффективностью [3, 7].

В этой связи с учетом большого количества апробированных схем отдельной проблемой является разработка оценки тактики выбора эрадикационной терапии ЯБ, направленной на элиминацию из СОЖ НР [8, 11].

Целью исследования являлось сравнительное изучение эффективности традиционного лечения и добавление нового отечественного препарата – гемалина – (производства фирмы «Толерант» г. Андиган, Республика Узбекистан) при ассоциированной СОЖ НР при ЯБДПК.

Материалы и методы

В исследование было включено 90 больных ЯБДПК, ассоциированной с НР, в возрасте от 18 до 58 лет. Критерием включения являлось наличие язвенного дефекта (ЯД).

Количество обследованных мужчин было 64, женщин – 26. Диагноз установили с помощью клинических и эндоскопических исследований. НР выявили при помощи уреазного теста 6% среды с мочевиной по Кристенсену из биоптата желудка, полученного при эндоскопии.

30 больных лечили традиционным методом (омез - по 20 мг 2 раза в течение 18 дней, амоксициллин - по 1000 мг 2 раза и метронидазол - по 500 мг 2 раза в течение 10 дней), который служил контрольным, остальные больные лечились с добавлением к традиционной терапии гемалина в/м (1 день - 1,0 мл; 2 день - 1,5 мл; 3 день - 2,0 мл; 4 день - 2,5 мл; 5-7-9-11-13-15-17 дни по 3,0 мл).

Результаты и обсуждение

Оценка эффективности использованных в качестве первой линии средств терапии у 90 больных ЯБ, ассоциированной с НР-инфекцией, была проведена с 2005 по 2007 гг. Клинические и демографические характеристики обследованных обеих групп существенно не различались (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика обследованных

Показатели	Традиционная терапия (n=30)	Традиционная терапия+ гемалин (n=60)	Всего (n= 90)
Средний возраст, лет	31,9±10,7	31,3±14,6	31,6±12,7
Пол: м/ж	16/14	36/24	52/38
Размеры язвы, см	0,9±0,1	1,0±0,2	0,95±0,15
Ассоциированный НР	30	60	90

Одним из основных клинических проявлений заболевания являлся болевой синдром, который встречался у 88 больных. Боль локализовалась главным образом в правой части эпигастральной области, в большинстве случаев была поздней, голодной или ночной. У всех обследованных выявлена зависимость болевого син-

дрома от приема пищи. У подавляющего большинства наблюдался синдром желудочной диспепсии, при этом ведущее место занимали жалобы на отрыжку воздухом, кислым содержимым или пищей (75,4% обследованных), второе место – изжога (56,9% обследованных), ощущение тяжести и распирания в эпигастральной

области (87,6% обследованных). Анализ эндоскопических проявлений показал, что у всех обследованных регистрировался единичный ЯД, размеры которого колебались от 0,4 до 1,6 см. У всех больных была выявлена инфекция НР, которая встречалась с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин. Не выявлена какая-либо зависимость частоты обнаружения НР от величины ЯД.

Сравнительная эффективность разных схем антихеликобактерной терапии в лечении больных представлена в табл. 2.

Из таблицы видно, что клиническое улучшение, выразившееся в исчезновении болей и купировании диспептического синдрома, у больных обеих групп отмечалось примерно в разные сроки. Следует отметить, что эрадикационная схема традиционной терапии + гемалин по сравнению с традиционной терапией успешна, и в более короткие сроки устраняла изжогу, тошноту и отрыжку. Динамика других симптомов обострения ЯБ под влиянием лечения была не столь выраженной.

Таблица 2

Сравнительная эффективность традиционной терапии и традиционной терапии + ГЕМАЛИН у обследованных

Показатели	Традиционная терапия (n=30)	Традиционная терапия+ гемалин (n=60)
Средний срок купирования болевого синдрома, дни	4,2±0,1	3,4±0,2
Средний срок купирования диспептического синдрома, дни	5,2±0,2	3,9±0,2

При проведении традиционной схемы терапии на 18-й день лечения эффективность эрадикации НР составила 68,9%, при использовании традиционной терапии + гемалин – 96,6 %. Таким образом, добавление к традиционному лечению гемалина является более эффективной и может быть терапией первого выбора у больных с НР - инфекцией.

В проведенном нами исследовании успешность излечения от НР не была связана с полом, возрастом больных и длительностью язвенного анамнеза. При этом быстрота рубцевания ЯД прямо зависела от эффективности эрадикации инфекции НР.

Выводы:

1. 18 дневная схема традиционная терапия + гемалин обладает высокой клинической и антихеликобактерной активностью и может быть рекомендована для лечения ЯБ, ассоциированной с НР, в качестве схемы первой линии.

2. Включение в схемы эрадикационной терапии ингибитора протонной помпы омеза позволяет поддерживать состояние, оптимальное для быстрого купирования и диспептического синдрома, уменьшения

выраженности воспалительных изменений СОЖ, ДПК и рубцевания ЯД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнян В.М., Григорян Э.Г. Эффективность применения иммуномодуляторов в комплексном лечении больных хроническим гастритом и язвенной болезнью // Клини. мед. – 2003. – № 5. – С.33-35.
2. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Яковенко А.В. и др. Пилорический геликобактериоз: диагностика и лечение // Лечащий врач. – 2002. – №6. – С.3-9.
3. Губергриц Н.Б., Синяченко О.В., Белоконов Т.М., Файнерман В.Б. Новые инвазивные тесты для диагностики инфекции *Helicobacter pylori* // РЖГТК. – 2008. – №3. – С.77-84.
4. Ивашкин И.В., Лапина Т.Л. Что делать с инфекцией *Helicobacter pylori*: перспективы ближайшего будущего // РЖГТК. – 2000. – №2, прил. 10. – С.3-4.
5. Пиманов С.И., Макаренко Е.В., Королева Ю.И. Что происходит после эрадикации *Helicobacter pylori*: ожидаемые, доказанные и спорные эффекты. // РЖГТК. – 2007. – №1. – С.48-55.
6. Хамраев А.А. Некоторые особенности изменения слизистого барьера гастродуоденальной зоны в зависимости от эрадикации

Helicobacter pylori и фазы рубцевания язвы // Гистология. – 2005. – №3. – С.67-69.

7. Цимерман Я.С. Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* - инфекцией: состояние проблемы и перспективы. // Клин.мед. – 2006. – №3. – С.9-19.

8. Шептулин А.А. Современный алгоритм лечения язвенной болезни // Клин.мед. – 2004. – №1. – С.57-60.

9. Chira C., Rovinaru I., Raducan L. et al. Terapia de durata scurta in uiceral duodenal *Helicobacter pylori* pozitiv. // Rom. J. Gastroenterol. – 2001. – №9. – P.81.

10. Tlcea F., Ravis I. Basa Norina Studiu cмparativ intre trei regimuri diferite de tratament al infectiei cu *Helicobacter pylori* // Rom. J. Gastroenterol. – 2001. – №9. – P.82.

11. Veldhuyzen van Zanten S., Farley A., Marcon N. et al. Bismuth-based triple therapy with dismuth subcitrae, metronidazole and tetracycline in eradication of *Helicobacter pylori*. A randomized, placebo controlled, double-blind study // Can. J. Gastroenterol. – 2000. – №14(7). – P.599-602.

12. Yakovenko E., Grigoriev P., Yakovenko A. et al. Bismuth-based regimes should be first line therapy for *Helicobacter pylori* eradication // Gut 2002; 51 (suppl. 11). - A92.