

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАЛАКТА У БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Л.Н. Ромашкина

Институт терапии им. А.Т. Малой АМН Украины, Харьков

Ключевые слова: пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, *Helicobacter pylori*, эрадикация, экстралакт.

Заживление неосложненных пептических язв желудка (ПЯЖ) и двенадцатиперстной кишки (ПЯДК) при применении стандартной антигеликобактерной терапии (АГБТ), как правило, происходит через 3—4 недели [4]. Вместе с тем даже в случае заживления язвенных дефектов в ряде случаев сохраняются некоторые симптомы заболевания в виде диспептических нарушений, что связывают как с развитием вторичных дисбиотических нарушений, так и с неполной эрадикацией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [3, 7].

В последние годы в зарубежной литературе появились сообщения о том, что дополнительное использование лактобактерий в сочетании с АГБТ позволяет не только устранить клинические симптомы заболевания [2, 5], но и существенно повысить эффективность эрадикации [6, 8, 9]. Вместе с тем рекомендации по применению препаратов, содержащих лактобактерии (вид препарата, доза лактобактерий, сроки назначения, кратность и длительность применения) до настоящего времени не разработаны. Практически не изучена эффективность отечественных пробиотических препаратов и пока не определена целесообразность их использования в сочетании с АГБТ, в частности препарата экстралакт (НПО "Ариадна", Одесса). Экстралакт (1 капсула) содержит: ацидофильные лактобактерии (1×10^8 КОЕ); пищеварительные ферменты — протеазу (13 ЕД), липазу (6480 МЕ); витамины А, В₂, В₆, С, Е, РР; целлюлозу, гемицеллюлозу, пектин, лигнин. Благодаря таким компонентам препарат оказывает комплексное действие на регуляцию пищеварения, поддерживает нормальный состав кишечной флоры, устраняет симптомы нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника.

Цель работы — изучить клиническую, эндоскопическую и эрадикационную эффективность терапии больных с ПЯЖ и ПЯДК, ассоциированных с *H. pylori* при дополнительном включении в стандартную схему лечения отечественного пробиотического препарата экстралакт.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования явились учет и анализ характера клинических и эндоскопических проявлений у 86 больных с неосложненными ПЯЖ (22) и ПЯДК (64), ассоциированными с *H. pylori*, в возрасте от 18 до 60 лет во время трехнедельного лечения. Методом случайной выборки пациенты были распределены на 2 группы: основную (60 человек) и контрольную (26).

Больные основной группы получали стандартную АГБТ: контолок по 40 мг 2 раза/сут; оспамокс по 1000 мг 2 раза/сут; клацид по 500 мг 2 раза/сут в течение 7 дней в сочетании с препаратом экстралакт по 3 капсулы 3 раза/сут в течение 4 нед.

Пациенты контрольной группы получали только аналогичную АГБТ; при сохранении болевого синдрома продолжали принимать контролок по 40 мг 1 раз/сут в течение 3 нед.

Всем пациентам проводили традиционное обследование, которое включало сбор жалоб, анамнез, оценку клинических симптомов, лабораторно-инструментальное обследование. Диагностику пептических язв проводили при помощи стандартной эзофагогастроуденоскопии. Анализировались результаты до и через 4 нед после начала лечения. Эрадикацию оценивали через 1 мес после окончания лечения путем определения антигена *H. pylori* в кале (HpSA) спектрофотометрическим методом (диапазон 450—630 нм) с использованием стандартных наборов для иммуноферментного анализа Femtolab *H. pylori* Cnx (Connex GmbH, Германия).

Результаты исследования заносили в разработанную базу данных на ЭВМ IBM (PC/XT), адаптированную для математической обработки результатов с использованием пакетов прикладных программ для статистической обработки медицинской информации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Детальный анализ клинических проявлений заболевания показал, что у обследованных на пер-

вый план выходили характерные абдоминально-болевой и диспептический синдромы. Абдоминально-болевой синдром различной степени выраженности наблюдался у подавляющего большинства больных (90%). Он характеризовался ноющей, тупой, иногда пекущей болью в эпигастральной области и/или правом подреберье слабой или умеренной интенсивности. Боль беспокоила, как правило, по утрам, во время еды или сразу после приема пищи, треть пациентов отмечала ее появление в ночное время. Все больные, включенные в исследование, имели диспептические жалобы. Диспептический синдром проявлялся, в основном, изжогой, отрыжкой воздухом и кислым содержимым, неприятным привкусом во рту, тошнотой, чувством тяжести и переполнения в желудке после еды, метеоризмом. У четверти больных отмечался астеновегетативный синдром, который проявлялся постоянными или периодическими головными болями, головокружением, общей слабостью, повышенной раздражительностью, снижением работоспособности, выраженной утомляемостью.

По данным эндоскопического обследования у всех больных отмечены изменения слизистой оболочки желудка и луковицы ДПК в виде гиперемии и отека. У всех обследованных наблюдались эндоскопические признаки хронического хеликобактерного гастрита. Язвы желудка локализовались в антральном или пилорическом отделах. Язвы ДПК чаще локализовались в области передней стенки лу-

ковицы — у 70%, значительно реже — в области задней стенки — у 20%, а также верхней и нижней — по 5% больных, соответственно. Моторно-эвакуаторные нарушения деятельности желудка в виде дуоденогастрального рефлюкса обнаружены у 64 (75%) обследованных. Общая оценка клинико-эндоскопических симптомов заболевания показала, что основные проявления заболевания до лечения не отличались какими-либо особенностями.

После лечения (через 3 нед) все пациенты отмечали значительное улучшение. Не было клинических проявлений заболевания у 58 человек из основной (96,6%) и у 16 (61,5%) из контрольной групп (таблица). Наиболее частые жалобы в контрольной группе — ощущение жжения языка, разжижение стула, тяжесть в эпигастрии после еды, метеоризм (таблица). Характерно отсутствие подобных жалоб у пациентов основной группы, получавших дополнительно пробиотик экстралакт. Вероятнее всего, диспептические жалобы, которые наблюдались почти у 40% больных контрольной группы, можно объяснить наличием у них дисбиотических нарушений кишечной флоры.

По данным контрольной эндоскопии заживление язвенных дефектов произошло у всех пациентов обеих групп. Эндоскопические признаки антрального гастрита сохранялись лишь у 4 (7%) больных основной и достоверно чаще — у 6 (23%) пациентов контрольной группы ($P < 0,05$). Сохранение признаков антрального гастрита после проведенной АГБТ и заживления язвенных дефектов косвенно свидетельствует о персистенции *H. pylori*, то есть о возможной неудовлетворительной эрадикации бактерий у части пациентов, большинство из которых входило в группу сравнения.

Оценка уровня эрадикации *H. pylori* показала, что в основной группе антигены *H. pylori* в кале были обнаружены у 5 больных (8%) и у 6 (23%) из группы сравнения. Следовательно эрадикация *H. pylori* была достоверно ($P < 0,05$) выше в основной группе, в которой пациенты получали дополнительно экстралакт в сравнении с контрольной — в 92% и 77% случаев, соответственно (рисунок).

Полученные данные свидетельствуют о высокой антихеликобактерной эффективности схемы лечения, включающей и пробиотик экстралакт.

Таблица. Частота и характер клинических симптомов у обследованных после четырехнедельного лечения

Симптом	Количество случаев в основной группе (n=60)	Количество случаев в контрольной группе (n=26)
Полное отсутствие	58 (96,6)	16 (61,5)
Жжение языка	—	5 (19,2)
Ощущения тяжести после еды в эпигастральной области	—	10 (38,4)
Вздутие живота, метеоризм после еды	—	12 (46)
Послабление стула	—	6 (23)
Легкая тошнота	1 (1,7)	—
Ноющая боль в верхней половине живота после погрешностей в еде	1 (1,7)	—

Примечание. В скобках указано количество пациентов в процентах.

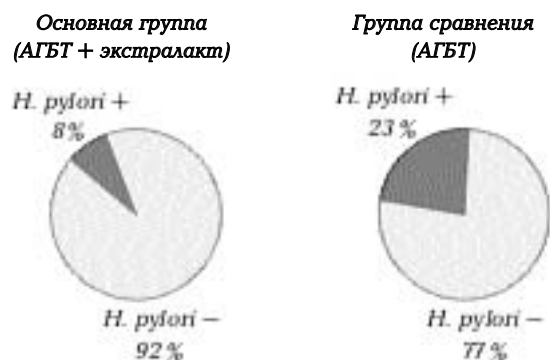


Рисунок. Частота эрадикации после проведенной терапии

Таким образом, дополнительное назначение больным основной группы пробиотического препарата, содержащего лактобактерии, при лечении ПЯЖ и ПЯДК способствовало более эффективно устранению клинических симптомов заболевания, воспалительных явлений в слизистой оболочке желудка и эрадикации *H. pylori*, в отличие от только стандартной АГБТ.

ВИВІДИ

Для повышения клинической, эндоскопической и эрадикационной эффективности лечения боль-

ных ПЯЖ и ПЯДК, наряду со стандартной АГБТ целесообразно дополнительное назначение пробиотика экстралакт.

Доза экстралакта должна составлять 9 капсул (по 3 капсулы 3 раза/сут); длительность приема — 4 нед.

Проведенные исследования открывают перспективу более широкого практического применения пробиотика экстралакт, а также изучения эффективности других пробиотических препаратов, содержащих лактобактерии.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдулхаков Р.А., Чернова О.А., Насыбуллина Э.Р., Чернов В.М. Инфекция *Helicobacter pylori*: синергенты, генотипы, полиморфизм и иммунореактивность // V Международный симпозиум "Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*".— Педиатрия. Журн. имени Г.Н. Сеченова.— 2002.— № 2.— С. 19—21.
2. Симаненков В.И., Захарова Н.В., Боваева Д.И., Соловьева О.И. Применение пробиотиков в терапии *H. pylori*-ассоциированных гастритов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2002.— № 5, Т. XII.— Приложение. Материалы 8-й Российской гастроэнтерологической недели.— С. 37.
3. Старостин Б.Д. Влияние бифи-форма на проведение эрадикационной терапии *Helicobacter Pylori* // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2002.— № 5, Т. XII.— Приложение. Материалы 8-й Российской гастроэнтерологической недели.— С. 38.
4. Фадеев Г.Д. Перспективні напрямки терапії інфекції *Helicobacter pylori* (огляд літератури) // Сучасна гастроентерол.— 2001.— № 3.— С. 11—14.

5. Armuzzi A., Gasbarrini A., Franceschi F. et al. Efficacy of lactobacillus GG in decreasing antibiotic-associated gastrointestinal morbidity during *H. pylori* eradication regimen // Gut.— 1999.— Vol. 45, Suppl. 111.— Abstract 14/60.— P. A121.

6. Canducci F., Armuzzi A., Cremonini F. et al. A Lio-philized and Inactivated Culture of *Lactobacillus acidophilus* increases *Helicobacter pylori* Eradication Rate // Gut.— 2000.— Vol. 47, Suppl. I.— Abstract: 15/10.— P. A101.

7. Maeda H. Paradigm shift in microbial pathogenesis: an alternative to the Koch-Pasteur Paradigm on the new millennium // 13th International IOM Congress Abstracts.— 2000. (Fukuoka, Japan).— P. 35.

8. Michetti P., Dorta G., Wiesel P.H., Brassart D. et al. Effect of whey-based culture supernatant of *Lactobacillus acidophilus* (*johnsonii*) La 1 on *Helicobacter pylori* infection in humans // Digestion.— 1999.— Vol. 60.— P. 203—209.

9. Rupa R., Alelung P., Wadstrom T. Specific strains of lactic acid bacteria seem to prevent *Helicobacter pylori* infection in conventional outbred NMRI mice // Gut.— 1999.— Vol. 45, Suppl. 111.— Abstract 01/09.— P. A6.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАЛАКТУ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНІ ВИРАЗКИ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Л.М. Ромашкіна

На підставі проведених досліджень доведено, що при лікуванні пептичних виразок, асоційованих з *H. pylori*, доцільне використання поряд із стандартною антигелікобактерною терапією препарату екстралакт, що містить лактобактерії. Застосування екстралакт сприяло ефективнішому зникненню клінічних виявів захворювання, явищ атрального гастриту та знищенню бактерій *H. pylori* порівняно зі стандартною терапією.

EFFECTIVENESS OF EXTRALACT USE IN PATIENTS WITH PEPTIC STOMACH AND DUODENAL ULCERS

L.M. Romashkina

On the basis of carried out investigations it has been proved that in the treatment of *H. pylori*-associated peptic ulcers it is advisable to use lactobacteria-containing Extralact preparation parallel with the standard antihelicobacter therapy. The use of Extralact promoted the effective elimination of clinical manifestations of the disease, signs of antral gastritis and *H. pylori* eradication in comparison with the standard therapy.