

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2022

| | |
|--|-----|
| ПОЛИМОРБИДНОСТЬ И ЕЕ СВЯЗЬ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Хамроев Э.Э., Нурбоев Ф.Э., Пулатова Ш.Х.</i> | 95 |
| СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Аляви Б.А., Зуфаров М.М., Абдуллаев А.Х., Бабаджанов С.А., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н.</i> | 99 |
| РОЛЬ ЦИСТАТИНА С ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Гадаев А.Г., Рахимова М.Э., Тургунова М.У.</i> | 104 |

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

| | |
|---|-----|
| СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОРЕСПИРАТОР ТИЗИМ ҲОЛАТИ ВА НЕЙРОГОРМОНЛАР ДИСБАЛАНСИ <i>Рахимова Д.А., Аляви А.Л.</i> | 110 |
| МЕТОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Аляви А.Л., Рахимова Д.А. Сабиржанова З.Т., Атаходжаева Г.А., Хатамова Д.Т.</i> | 114 |

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

| | |
|--|-----|
| ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ <i>Каримов М.М., Зуфаров П.С., Собирова Г.Н., Исмаилова Ж.А., Дусанова Н.М.</i> | 119 |
| ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРАСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЭРАДИКАЦИЯ КОМПЛЕКСИ БИЛАН БИРГА ГАНОДЕРМА ЛЮЦИДУМ ЭКСТРАКТИ ВА МАГНИТОТЕРАПИЯНИНГ САМАРАСИ <i>Қодирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.</i> | 123 |
| МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА <i>Исмаилова Ж.А., Юсупбеков А.А.</i> | 127 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Максудова М.Г., Курбанова Ф.Р.</i> | 132 |
| К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ (ТЭС) И САНТИМЕТРОВОЛНОВОЙ (СМВ)-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ ДИСБИОЗОМ <i>Мадумарова А.А., Хамрабаева Ф.И.</i> | 136 |
| COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР НАЖАСИДА КАЛЬПРОТЕКТИН, HELICOBACTER PYLORI ВА ҚОНИДА ИНТЕРЛЕЙКИН-6 КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ <i>Гадаев А.Г., Исмаилова М.И.</i> | 139 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА НАТОЛАН У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 <i>Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж., Турсунбаев Р.С., Зиямухамедова М.М.</i> | 144 |
| ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРАСИ ВА ДИСБИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТРАНСКРАНИАЛ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ (ТЭС) ВА САНТИМЕТР ДИАПОЗОНИДАГИ МИКРОТЎЛҚИН (СДМТ) ТЕРАПИЯСИНИНГ ТУРМУШ СИФАТИ КЎРСАТКИЧИГА ТАЪСИРИ <i>Мадумарова А.А., Хамрабаева Ф.И.</i> | 150 |

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

| | |
|---|-----|
| РЕВМАТОИД АРТРИТЛИ БЕМОРЛАРДА ЖИГАР ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ ҲУСУСИЯТЛАРИ <i>Алиахунова М.Ю., Абдуллаев А.Х.</i> | 154 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НАТОЛАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА <i>Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж., Турсунбаев Р.С., Мусаева Ш.З.</i> | 158 |

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

КАРИМОВ М.М., ЗУФАРОВ П.С., СОБИРОВА Г.Н., ИСМАИЛОВА Ж.А., ДУСАНОВА Н.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации;
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан*

SUMMARY

OPTIMIZATION OF THERAPY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN COMORBIDITY WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA»

Karimov M.M., Zufarov P.S., Sobirova G.N., Ismailjva J.A., Dusanova N.M.

It has been shown that in patients with GERD and functional dyspepsia, the use of proton pump inhibitors leads to a decrease in heartburn and pain behind the sternum. However, symptoms such as regurgitation, belching, feeling of early satiety and heaviness after eating were stopped ineffectively. The inclusion in the treatment complex of the prokinetic domperidone at a dose of 10 mg 3 times a day contributed to a more effective regression of symptoms of impaired motility of the esophagus and stomach.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, proton pump inhibitors, prokinetics.

ХУЛОСА

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ДИСПЕПСИЯ БИЛАН КОМОРБИДЛИГИНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМОЛЛАШТИРИШ

Каримов М.М., Зуфаров П.С., Собирова Г.Н., Исмаилова Ж.А., Дусанова Н.М.

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги ва функционал диспепсиянинг коморбид кечишида протон помпа ингибиторларининг қўлланилиши беморларда жигилдон қайнаши ва тўш орқасидаги оғриқларни камайишига олиб келади. Лекин регургитация, кекириш, тез тўйиб қолиш ва овқатдан кейин оғирлик симптомларининг камайишига кам таъсир кўрсатади. Даволаш комплексига прокинетик домперидонни 10 мг 1 таблеткадан кунига 3 махал қўшилиши юқорида кўрсатилган қизилўнғач ва ошқозон бузилишларини самарали камайтиради.

Калитли сўзлар: гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, функционал диспепсия, протон помпа ингибиторлари, прокинетик.

Согласно современным представлениям гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов, ассоциированных с повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого. У большинства пациентов симптомы ГЭРБ являются интермиттирующими и само заболевание протекает в сравнительно легкой форме, что, однако, не означает, что эти симптомы не требуют коррекции. При ведении пациентов с данным заболеванием следует помнить о том, что оно потенциально способно

привести к серьезным осложнениям. Постоянно повторяющееся раздражение нижнего отдела пищевода может обусловить развитие стриктуры пищевода, эрозивного эзофагита, рака пищевода, синдрома Баррета. Последнее осложнение, по данным литературы, отмечается у <1% населения, однако в популяции пациентов с длительно протекающей ГЭРБ его распространенность составляет 5–15%. Это свидетельствует о важности своевременной диагностики и лечения пациентов с ГЭРБ [1]. Основным направлением лечения у пациентов с ГЭРБ является подавление выработки соляной кислоты, т.е. использование антисекреторной терапии, золотым стандартом которой, согласно Генвальскому консенсусу, являются ингибиторы

протонной помпы. Поскольку купирование симптомов заболевания прямо коррелирует с продолжительностью и скоростью блокирования желудочной секреции, эффективный контроль pH желудка является одним из главных элементов длительного устранения проявлений ГЭРБ, включая пищеводные и внепищеводные симптомы и повреждение тканей.

Приблизительно 32–60% пациентов с ГЭРБ имеют клинические симптомы синдрома функциональной желудочной диспепсии (ФД). Данная когорта больных с ГЭРБ, плохо отвечает на терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП). Считают, что это связано с нарушениями моторики пищевода и желудка, что является патогенетическим обоснованием использования прокинетиков при лечении коморбидной патологии пищевода и желудка [2].

ИПП – это препараты, подавляющие активность фермента H⁺, K⁺АТФазы, находящегося на апикальной мембране париетальной клетки и осуществляющего последний этап синтеза соляной кислоты. На сегодняшний день ИПП считаются наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения ГЭРБ. В клинических исследованиях они постоянно демонстрируют наибольшую результативность в лечении эрозивного эзофагита и купировании ГЭРБ-ассоциированных симптомов. Но даже на этом фоне более половины больных ГЭРБ не удовлетворены результатами лечения, а 36% нуждаются в приеме дополнительных препаратов для контроля над симптомами заболевания [3].

Исследователь G.N.J. Tytgat еще в 2003 г. отмечал, что 20-летний опыт применения ингибиторов секреции кислоты в желудке не привел к исчезновению цилиндрической метаплазии пищевода эпителия. Эту точку зрения разделяет T. Frieling, указывающий на рецидивирование ГЭРБ у 90% больных после отмены ИПП [7]. По данным R. Carlsson и соавт., без проведения поддерживающей терапии рецидив клинической симптоматики эрозивного эзофагита наблюдается почти в 92% случаев.

Одной из причин неэффективности терапии ГЭРБ является недостаточная кислотосупрессия ИПП. Уровень кислотосупрессии, достигаемый препаратами из группы ИПП, был оценен в исследовании Y. Yuan и соавт. с помощью 24-часовой pH-метрии, когда на фоне 5–8 дневного приема ИПП в стандартной дозе здоровыми добровольцами были обнаружены периоды снижения pH в желудке <3, длительность их составила 27,8–44,1% суток. Также был исследован двойной режим дозирования (ИПП принимались 2 раза в сутки на протяжении 5–8 дней): снижение pH <4 наблюдалось в течение 15–36%, <3 – в течение 5–28% от времени измерения [3].

Другой причиной недостаточной эффективности антисекреторной терапии ГЭРБ – это про-

блема коморбидности. Коморбидность – сосуществование двух или болеесиндромов или заболеваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени. Один из примеров коморбидной патологии пищеварительного тракта – сочетание ГЭРБ и функциональной диспепсии (ФД). Поданным систематических обзоров, сочетанное течение ГЭРБ встречается у 32–62% пациентов с ФД. [4] Сочетанная функциональная патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) изменяет клиническую картину ГЭРБ, что затрудняет дифференциальную диагностику, приводит к неадекватному назначению лекарственной терапии и ее низкой эффективности. Все это отрицательно влияет на качество жизни больных [5].

Фармакотерапия ГЭРБ помимо ИПП также включает прокинетиков. Назначение прокинетиков обосновано за счет усиления антропилорической моторики, что приводит к повышению тонуса нижнего пищевода и более ускоренной эвакуации желудочного содержимого. Все вышечисленные эффекты позволяют назвать прокинетиков средствами патогенетической терапии. На сегодняшний день в качестве прокинетиков при ГЭРБ используется домперидон (10 мг 3 раза в сутки), итоприд (50 мг 3 раза в сутки). Метоклопрамид применяется нечасто в связи с большим спектром побочных эффектов.

Цель исследования – сравнительная оценка клинической эффективности ИПП – лансопризола и его комбинации с домперидоном при коморбидном течении ГЭРБ и ФД.

Материал и методы исследования. Для исследования было отобрано 60 больных ГЭРБ протекающего на фоне ФД (37 мужчин и 23 женщин). Средний возраст составил 44 года. Диагноз подтверждался данными ЭГДС и pH-метрии с помощью ацидогастрометра АГМ-03 (Россия, Исток система). Преобладающей формой была неэрозивная рефлюксная болезнь (71%), в структуре которой 80% больных имели катаральный эзофагит, у остальных рефлюксная болезнь не имела эндоскопических проявлений и выявлялась только на основании жалоб и при pH-метрии. У больных ФД протекала в виде болевой симптоматики у 25%, в виде постпрандиального дистресс-синдрома у 34% и в виде сочетания обеих симптомов у 41 больного.

Все больные были разделены на две репрезентативные группы. Первая группа больных принимала ИПП – лансопризол (Ланторол®, Ротафарм) в дозе 30 мг в сутки в течение 4-х недель. Второй группе больных назначали лансопризол в аналогичной дозе и домперидон (Перидон®, Ротафарм) в дозе 10 мг по 1 таблетке 3 раза в день до еды в течение 2-х недель.

Контроль в процессе лечения проводили по единой программе, включавшей в себя общеклиническое обследование, внутриведенную pH-

метрию, ЭГДФС. Симптомы, ассоциированные с рефлюксом, оценивали с помощью шкалы Likert. ЭГДФС, pH-метрия и исследование симптомов заболевания проводились до начала лечения и через 4 недели после завершения курса лечения.

Результаты и обсуждение: изучение динамики клинических проявлений ГЭРБ у обследованных больных по шкале Лайкерт (табл. 1) показало, что основными характерными симптомами заболевания в первую очередь остается изжога – 100%. Далее идут такие симптомы, как отрыжка – 82,8%, срыгивание – 53,2% и загрудинные боли – 43,6%. На фоне проведенной терапии в обеих группах больных отмечались следующие изменения по шкале Лайкерт. В первой группе отмечалось снижение симптомов изжоги на 60,4%, отрыжки на 33,2%, срыгивания на 23,4%. Во второй группе показатели составили соответственно – 86,0%; 65,5%; 51,0%.

Проведенные эндоскопические исследования показали, что у 67,5% пациентов первой группы ГЭРБ протекала в виде катарального эзофагита, а у оставшихся 32,5% пациентов в слизистой оболочке отмечалось наличие эрозий. Во второй группе пациентов катаральный эзофагит выявлен в 70% и эрозивный в 30% случаев. Повторную эндоскопическое исследование проводили через 4 недели. После проведенной терапии эндоскопическая картина выглядела следующим образом. В первой группе пациентов катаральный эзофагит наблюдался у 18%, а эрозивный эзофагит у 17,5% пациентов. Во второй группе катаральный эзофагит был верифицирован у 10,5%, а эрозивный эзофагит – у 8,5% пациентов. Проведенное исследование определило в первой группе больных улучшение эндоскопической картины ГЭРБ на 62,5%, а во второй группе – 85%.

Проведенное трансэндоскопическая и топографическая pH-метрия показала, что при использовании лансопразола отмечалось достоверное повышение уровня pH в зоне активного кислотообразования – передней и задней стенок тела желудка. Эффективность антисекреторной терапии как правило считается эффективной, если в процессе лечения уровень pH находится в пределах 4, 0. При использовании ИПП уровень pH в теле желудка к 4-й неделе находился в пределах 3, 8. Во второй группе больных принимавших лансопразол в комбинации с домперидоном уже в 4-й неделе уровень pH в зоне активного кислотообразования был на уровне 4, 6. Уровень pH в зоне кислотонейтрализации, которая находится в антральном отделе желудка при использовании лансопразола находилось на уровне 3, 9 (при норме 4, 6). В группе пациентов, принимавших комбинированную терапию, на 4-й неделе уровень pH в антральном отделе находилось на уровне нормальных значений – 4, 3.

В результате исследования была отмечена клиническая эффективность и хорошая переноси-

мость проводимого лечения, случаев отмены препаратов или возникновения побочных эффектов не наблюдалось.

Таким образом, в целом отмечается высокая эффективность лансопразола (Ланторол®) в отношении купирования клинической симптоматики и заживления катарально-эрозивных поражений пищевода. При применении препарата боль и изжога купируются у большинства пациентов в первые дни лечения, а заживление эрозивного эзофагита в зависимости от исходной степени тяжести – пациентов в течение 4 недель. Лансопразол высокоэффективен при лечении ГЭРБ. Однако, когда у пациента с ГЭРБ наблюдается коморбидность с симптоматикой ФД купирование таких симптомов, как отрыжка, тошнота, срыгивание-происходит гораздо в меньшей степени, поскольку эти симптомы больше связаны с нарушением моторики верхних отделов ЖКТ. В данном случае, комбинирование ИПП с прокинетикум, в данном случае с домперидоном (Перидон®) оказывает более выраженный клинический эффект. Преимуществом домперидона является то, что препарат не проходит через гематоэнцефалический барьер, в силу чего практически лишен побочных действий (отсутствуют экстрапирамидные эффекты), характерных для метоклопрамида. Включение в комплексную терапию домперидона позволяет восстановить пропульсивную моторную активность пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Полученные результаты свидетельствуют о том, что с помощью домперидона можно успешно контролировать клинические симптомы НЭРБ и ФД у больных с сочетанной функциональной патологией, а также уровень pH в пищеводе.

В гастроэнтерологической литературе последних лет появились ряд сообщений, о том, что применение домперидона может спровоцировать ряд серьезных сердечно-сосудистых нарушений, вплоть от удлинения интервала QT до возникновения аритмий типа «пируэт» [6]. Проведенный ретроспективный анализ пациентов с тошнотой и рвотой, получавших домперидон с 2009 по 2013г. в соответствии с протоколом исследования нового препарата Investigational New Drug (IND) показал следующие результаты [7]. Дозы препарата варьировались от 40 до 120 мг/сут, при этом 90% пациентов получали дозировку от 80 до 120 мг вместо рекомендуемой дозы 40 мг (дозы при тошноте и рвоте пересматривались в сторону увеличения с 30 до 40 мг). Следует отметить, что у 73% пациентов, получавших терапию домперидоном, отмечалось уменьшение тошноты и рвоты. По данным ЭКГ было установлено, что средний QTc на исходном уровне составил 424 миллисекунды (мс) ± 28,4 (SD) по сравнению с 435 мс ± 27,2 (SD) при последующем наблюдении (незначительное увеличение). У 10 из этих пациентов пролонгировалось удлинение QTc в диапазоне от 453 до 509 мс без каких-либо нарушений ритма [8].

Возникает вопрос: почему сейчас стал активно рассматриваться вопрос о выраженных побочных эффектах препарата, которые принципиально изменили отношение к нему медицинского сообщества? С этой целью необходимо хронологически рассмотреть весь процесс поступления информации и ее оценки, а также правильно соотнести группы пациентов и дозировки, используемые для лечения. FoodandDrugAdministration (FDA) 7 июня 2004 г. обнародовало предупреждение о том, что распространение любых продуктов, содержащих домперидон, является незаконным. FDA предприняло это действие из-за беспокойства о потенциальных рисках для здоровья, связанных с использованием домперидона лактирующими женщинами для улучшения выработки грудного молока. Хотя первоначальные сообщения о серьезных нежелательных явлениях (сердечная аритмия, остановка сердца и внезапная смерть) были связаны с внутривенным введением домперидона и его высокими концентрациями в крови, не исключалась возможность, что одновременное использование умеренных или сильных ингибиторов СYP3A4 может приводить к увеличению концентрации домперидона и, следовательно, к увеличению риска сердечных аритмий, остановки сердца и внезапной смерти [9]. Логично: использование препарата «офф лейбл», в принципе, никогда не приветствуется. С другой стороны, попытка расширить пока-

зания для применения всегда должна быть взвешенной: проникновение препарата через молоко (а использовался он в высоких дозах внутривенно, затем перорально) всегда чревато неблагоприятным воздействием на младенца (особенно без учета состояния сердечно-сосудистой системы). Однако FDA признает, что некоторые пациенты с тяжелыми нарушениями моторики ЖКТ (ГЭРБ, гастропарез и хронический запор), которым сложно нивелировать симптоматику доступной терапией, могут получать терапию домперидоном. Согласно медицинской литературе, стандартная доза домперидона составляет 10 мг 3 или 4 р./сут [9]. Взвешенный подход к назначению препарата позволяет не только добиться хорошего результата, но и исключить риски развития побочных эффектов. Соответственно, при назначении домперидона следует проявлять особую осторожность в отношении пациентов с факторами риска сердечных аритмий (пожилой возраст, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы), исключить использование макролидных антибиотиков и противогрибковых препаратов, способствующих увеличению его концентрации в крови, и назначать рекомендуемые дозировки препарата. Соблюдение простейших правил позволит не только избежать негативных эффектов, но и повысить эффективность проводимой терапии

Таблица 1

Динамика клинических проявлений ГЭРБ у обследованных больных

| Симптомы | Количество баллов по шкале Likert | | | |
|------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|
| | I группа (до лечения) | I группа (после лечения) | II группа (до лечения) | II группа (после лечения) |
| Изжога | 4,5±0,3 | 1,2±0,2 | 4,4±0,5 | 1,5±0,3 |
| Отрыжка | 3,2±0,2 | 1,8±0,3 | 3,1±0,3 | 2,0±0,1 |
| Срыгивание | 2,4±0,5 | 1,6±0,1 | 2,4±0,2 | 1,9±0,3 |
| Загрудинные боли | 2,2±0,7 | 0,7±0,4 | 2,3±0,5 | 1,2±0,2 |

Таблица 2

Эндоскопическая характеристика ГЭРБ у обследованных больных

| | Катаральный эзофагит | | Эрозивный эзофагит | |
|--------------------|----------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| I группа (n – 40) | 27 (67,5%) | 4 (10,0%) | 13 (32,5%) | 3 (7,5%) |
| II группа (n – 40) | 28 (70%) | 7 (17,5%) | 12 (30,0%) | 5 (12,5%) |

ЛИТЕРАТУРА

1. Wolfe M.M., Lowe R.C. Investing in the Future of GERD // J. Clin. Gastroenterol. 2007. Vol. 41. P. 209.
2. Drossman D. Rome III: The functional gastrointestinal disorders. – 3rd ed. McLean, VA: Degnon Associates, Inc., 2006. P. 369–418.
3. Yuan Y., Hunt R.H. Intragastric acid suppressing effect of proton pump inhibitors twice daily at steady state in healthy volunteers: evidence of an unmet need? // Am. J. Gastroenterol. 2008. Vol. 103 (suppl 1). P. 50. Abstract #128.

4. Keohane J, Quigley EM. Functional dyspepsia and nonerosive reflux disease: clinical interactions and their implications. *Med Gen Med.* 2007; 9(3):31.
5. De Bortoli N., Martinucci I., Bellini M., Savarino E., Savarino V., Blandizzi C., Marchi S. Overlap of functional heartburn and gastroesophageal reflux disease with irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2013; 19(35). P. 5787–97.
6. Parkman H.P., Jacobs M.R., Mishra A. et al. Domperidone Treatment for Gastroparesis: Demographic and Pharmacogenetic Characterization of Clinical Efficacy and Side-Effects Digestive Diseases and Sciences // *Dig. Dis. Sci.* 2011. Vol. 56(1). P. 115–124.
7. Ortiz A., Cooper C.J., Alvarez A. et al. Cardiovascular Safety Profile and Clinical Experience With High-Dose Domperidone Therapy for Nausea and Vomiting // *Am. J. Med. Sci.* 2015. Vol. 349(5). P. 421–424.
8. Schey R., Saadi M., Midani D. et al. Domperidone to Treat Symptoms of Gastroparesis: Benefits and Side Effects from a Large Single-Center Cohort // *Dig. Dis. Sci.* 2016. Vol. 61(12). P. 3545–3551.
9. Domperidone IND Packet [Электронный ресурс] // US Food and Drug Administration. 2018. 17 p. URL: <https://www.fda.gov/downloads/drugs/developmentapprovalprocess/howdrugsaredevelopedandapproved/appro>. (дата обращения: 10.08.2018).

УДК:616.37-002:613.84

ҮН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРАСИ БҮЛГАН БЕМОРЛАРДА ЭРАДИКАЦИЯ КОМПЛЕКСИ БИЛАН БИРГА ГАНОДЕРМА ЛЮЦИДУМ ЭКСТРАКТИ ВА МАГНИТОТЕРАПИЯНИНГ САМАРАСИ

ҚОДИРОВА С.Р., ХАМРАБАЕВА Ф.И.

Тиббиёт ходимлари касбий малакасини ривожлантириш маркази

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТА ГАНОДЕРМА ЛЮЦИДУМ В КОМПЛЕКСЕ С МАГНИТОТЕРАПИЕЙ В ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
Кодирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.

Цель исследования: изучить и научно обосновать использование магнитотерапии в сочетании с синбиотиками в реабилитационном лечении пациентов с дисбактериозом кишечника.

Методы исследования. Обследованы 90 пациентов с дисбактериозом толстой кишки, 63 женщины и 27 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет.

Методы лечения. В соответствии с задачами исследования все пациенты были разделены на группы, сопоставимые по основным клинико-физиологическим характеристикам. Пациентам первой группы (30 человек) проводилась магнитотерапия (МТ) на аппарате «Олимп-1».

Воздействие осуществлялось 4 парами индукторов – соленоидов на область проекции органов толстой кишки; Параметры воздействия: интенсивность – 30–100%, частота 10 Гц, величина магнитной индукции – 5 мТл. Процедуры проводились ежедневно по 15–20 минут. Курс лечения – 10–12 процедур. Пациентам второй группы (30 человек) проводилось комплексное лечение: МТ по указанной выше методике, а также синбиотик в составе экстракта *Ganoderma Lucidum* – по 1 капсуле 2 раза в день во время еды в течение 21 дня.

В третьей группе сравнения (30 пациентов) имитировали действие МТ от аппарата «Олимп-1» (платцебо). Курс лечения составлял 10-12 процедур. Экстракт *Ganoderma Lucidum* был включен в лечебный комплекс по указанной выше схеме.

Результаты проведенных исследований дают основание рассматривать комплексное лечение МТ и синбиотиков в составе экстракта *Ganoderma Lucidum* как патогенетически обоснованное и эффективное в лечении больных ДК, что расширяет арсенал средств немедикаментозной терапии на различных этапах лечебно-восстановительных мероприятий в исследуемом контингенте пациентов.

Ключевые слова: Дисбиоз толстого кишечника, лечебные курсы, меры реабилитации, магнитотерапия, экстракт *Ganoderma Lucidum*.

SUMMARY

EFFICACY OF GANODERMA LUCIDUM EXTRACT AND MAGNITOTERAPY WITH ERADICATION COMPLEX IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER

Kodirova S.R., Khampabayeva F.I.

Purpose of the study: to study and scientifically substantiate the use of magnetotherapy in combination with synbiotics in the rehabilitation treatment of patients with intestinal dysbiosis.

Research methods: 90 patients with colonic dysbiosis, 63 women and 27 men, aged 18-65 years, were studied.