

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ

Бахтиярова Азиза Максудбековна

Рузибаев Санъат Одилбекович

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В современной гастроэнтерологии решающая роль в развитии ЯБ отводится микроорганизму *H. pylori*, обнаруженному в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B. Marshall) и Дж. Уорреном (J. Warren); позднее была доказана роль этой бактерии в том числе и в развитии язвенной болезни. Следует подчеркнуть, что у детей в отличие от взрослых инфицирование *H. pylori* намного реже сопровождается изъязвлением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным крупного европейского многоцентрового исследования, у 1233 детей с симптоматической *H. pylori*-инфекцией, ЯБ была диагностирована менее чем у 5% детей до 12 лет и лишь у 10% подростков. В развитии ЯБ немаловажную роль играет состояние иммунитета ребенка и связано как с дефектами иммунной реактивности организма (наследственной или приобретенной природы), так и воздействием на иммунную систему факторов патогенности *H. pylori* и расстройством микробиоты верхних отделов пищеварительного тракта.

Набор материала производился на базе клиники Ургенчского филиала ташкентской медицинской академии в период с 2019 по 2022 год. За данный период времени обследовано 100 пациентов с неосложненным течением ЯБДК, разделенных на 2 равные группы по 50 человек в каждой. Первую группу составили больные, получавшие эрадикационную терапию по традиционной схеме, включающей омепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллин в дозе 1000 мг 2 раза в сутки и кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки. Во вторую группу вошли больные, принимающие эрадикационную терапию, аналогичную той, которая применялась в первой группе с добавлением дибикора в дозе 500 мг 2 раза в сутки. После завершения недельного курса антихеликобактерной терапии всем больным проводилось лечение обострения заболевания разными схемами, которое включало и эрадикацию *H. pylori*. Так, первая группа пациентов с обострением ЯБДК, помимо эрадикационной терапии, для лечения обострения заболевания получала омепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки, а вторая, - кроме омепразола, в аналогичной дозе, - дибикор в дозе 500 мг 2 раза в сутки, вплоть до рубцевания язвенных дефектов. В группы обследованных с ЯБДК вошли пациенты без сопутствующей патологии или с заболеваниями, находящимися в периоде стойкой ремиссии. Первую группу сравнения составили 15 практически здоровых человек при эндоскопическом и морфологическом исследованиях у которых никакой патологии СОЖ обнаружено не было. Вторую - 30 больных с ХНГ, ассоциированным с *H. pylori*, 3-ю группу 30 больных с ХАГ, ассоциированным с *H. pylori*.

Все больные и здоровые обследованы по единой программе, включающей клинические, эндоскопические, морфологические и иммуногистохимические методы исследования. Все больные с ЯБДК обследовались в динамике: до лечения и спустя 6 недель после начала лечения обострения заболевания. Подборка обследованных больных и практически здоровых была осуществлена на основе репрезентативности выборки. Всего обследовано 81 (46,3%) мужчины и 94 (53,7%) женщины.

Таким образом, противохеликобактерная терапия язвенной болезни остается на сегодня малообоснованной, и очевидно, что не является патогической, сопровождается нежелательными эффектами и содержит некорректные схемы сочетаний лекарственных препаратов. Однако, как и любые рекомендации, они оставляют врачу достаточно возможностей для индивидуализации подхода в конкретной клинической ситуации, чтобы лечить не болезнь, а больного.

