

лечение был получен в 62,1% случаев. У пациентов 2 и 3 генотипов стойкий ответ на лечение достигнут в 82,4% случаев. Противовирусная терапия не только позитивно

влияет на показатели вирусологического ответа но и достоверно снижает темпы прогрессирования фиброза.

## Противоульцерозная терапия больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

*Сейдахметова А.А., Бекмурзаева Э.К., Искаков Б.С., Айдарбекова С.М., Кауызбай Ж.А., Назаров А.С.*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент*

Цель работы: Изучение противоульцерозного эффекта протеолитического ферментного препарата инзимол у больных с *H.pylori*-ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Материал и методы: Обследовано разными методами 105 больных с неосложненным течением ЯБДПК в стадии обострения. Среди них было 76 (72,4%) мужчин и 29 (27,6%) женщин в возрасте от 21 до 54 лет, средний возраст составил  $32,2 \pm 2,8$  года.

Больные ЯБДПК были рандомизированы на три группы: I группа ( $n=50$  больных), которым проводилось комбинированное лечение (омепразол 20 мг утром и 20 мг вечером + метронидазол 500 мг х 3 раза/день + амоксициллин по 500 мг х 4 р/день) + дополнительно препарат инзимол *per os* по 1 таблетке, содержащей 150 ПЕ (протеолитических единиц) х 3 раза/день (курс лечения 10 дней); II группа ( $n=26$  больных), которым проводилась эрадикационная терапия (омепразол 20 мг утром и 20 мг вечером + метронидазол 500 мг х 3 раза/день + амоксициллин по 500 мг х 4 р/день) + дополнительно эндоскопические вливания инзимола по 150 ПЕ (в 10 мл дистиллированной воды) через день. Курс лечения составил в среднем 5 вливаний); III группа - контрольная ( $n=29$  больных), пролеченные только препаратами тройной схемы эрадикации (омепразол по 20 мг утром и 20 мг вечером + метронидазол 500 мг х 3 раза/день + амоксициллин по 500 мг х 4 р/день).

Результаты исследований:

Клиническая ремиссия в I группе больных наступала в среднем в 4,0 раза и во II группе в 5,2 раз быстрее, чем у пациентов получавших только базисную терапию. Болевой синдром у больных I группы уже на первый день оставался лишь у 15,8%, а к 14-му дню – лишь у 3,5%. Во II группе

отмечен более выраженный терапевтический эффект эндоскопического лечения. У пациентов III группы болевой синдром к концу лечения сохранялся у 11,1%, достоверно отличаясь от пациентов I и II групп ( $p < 0,01$ )

Анализ динамики клинических симптомов, в зависимости от различных методов лечения, свидетельствует о том, что назначение инзимола в таблетированном виде в 2,6 раза, а эндоскопическом его применении в 3,3 раза эффективнее базисных схем эрадикационной терапии.

Применение инзимола в комплексном лечении ЯБДПК значительно ускоряет сроки купирования болевого и диспепсических синдромов, сокращает сроки заживления.

В I группе, после проведенного лечения, эрадикация *H.pylori* отмечена в 87,9%, во II группе - 93,6% больных. У пациентов III (контрольной) группы элиминация бактерии была достигнута лишь в 72,1% случаев.

Выводы:

1. Применение инзимола в схеме эрадикационной терапии больных ЯБДПК, позволяет в первые 1-2 дня достичь терапевтического эффекта – исчезновения диспепсических проявлений у 95,7% и болевого синдрома у 88,5% пациентов (I и II групп), по сравнению с группой пациентов (III группа), получавших только эрадикационную терапию. Наиболее эффективным является метод эндоскопического введения препарата.

2. У больных *H.pylori* ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки I группы, получавших инзимол, элиминация бактерии отмечена в 87,9% случаев в среднем за  $17,3 \pm 1,7$  дня. В III группе пациентов, элиминация инфекции наблюдалась лишь у 72,1% обследованных.

## Морфологические и морфометрические показатели слизистой оболочки больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

*Сейдахметова А.А., Бекмурзаева Э.К., Айдарбекова С.М., Кауызбай Ж.А., Бейсеуов М.А..*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент*

Цель работы: Изучение репаративных свойств протеолитического ферментного препарата инзимол и обоснование его применения в сочетании с эрадикационной терапией у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Материал и методы: Обследовано 105 больных с неосложненным течением ЯБДПК в стадии обострения. Среди них было 76 (72,4%) мужчин и 29 (27,6%) женщин в возрасте от 21 до 54 лет, средний возраст составил  $32,2 \pm 2,8$  года. Репаративные процессы оценивались морфологически и морфометрически в гистологических препаратах.

Больные ЯБДПК были рандомизированы на три группы: I группа ( $n=50$  больных), которым проводилось комбинированное лечение (омепразол 20 мг утром и 20 мг вечером + метронидазол 500 мг х 3 раза/день + амоксициллин по

500 мг х 4 р/день) + дополнительно препарат инзимол *per os* по 1 таблетке, содержащей 150 ПЕ х 3 раза/день); II группа ( $n=26$  больных), которым проводилась эрадикационная терапия + дополнительно эндоскопические вливания инзимола по 150 ПЕ (в 10 мл дистиллированной воды) через день; III группа - контрольная ( $n=29$  больных), пролеченные только препаратами тройной схемы эрадикации.

Результаты исследований: При эндоскопическом исследовании 3-х групп больных ЯБДПК оказалось, что к концу лечения рубцевание язвенного дефекта наступило в I группе – у 91,2%, во II группе – у 95,5% обследованных. В III группе пациентов заживление язвы отмечено лишь в 76,8% случаев.

Применение инзимола в комплексном лечении быстро приводит к очищению поверхности язвы от фибринозного