

увеличивает уровень СК в кровотоке. Содержание СК в сыворотке крови применяется для установления степени активности воспаления при различных заболеваниях. Выявление динамики уровня СК при ХГ исследовалось недостаточно, что явилось целью настоящего исследования.

Материал и методы исследования. Обследовано 55 больных ХГ в период обострения и ремиссии. Среди них было 51% женщин и 49% мужчин (средний возраст 33 ± 10 лет). Определение уровней СК проводился в биохимической лаборатории на фотокolorиметре с применением стандартных наборов реагентов.

Результаты исследования. Исследование показало, что при обострении ХГ содержание СК в сыворотке крови составило $0,220 \pm 0,005$ оп. ед., а при ремиссии — $0,206 \pm 0,003$ оп. ед.. При этом они показатели достоверно отличались от показателей СК у здоровых лиц (26 чел.) — $0,166 \pm 0,003$ оп. ед. В то же время наиболее значительный подъем СК отмечался у пациентов с эрозивным поражением СОЖ.

Заключение. СК применяются при различных заболеваниях для определения активности воспалительного процесса. Изучения их уровня у больных ХГ показало, что при его обострении имеется достоверное повышение показателей СК, которые уменьшаются в период ремиссии, но не достигают значений у здоровых лиц. Таким образом, динамика уровня СК у больных ХГ является достоверным показателем активности воспаления и значительных структурных нарушений СОЖ и может с успехом применяться в клинической практике.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ

Миллер Д. А., д. м. н, профессор;
Миллер Т. М., научный сотрудник;
Некрасова И. Л., доцент;
Колесная Т. М., очный аспирант;
Галочкина А. Б., очный аспирант
Тверская ГМА, Россия
E-mail: miller.4747@mail.ru

Клинические наблюдения показывают, что хронический гастрит (ХГ) сопровождается патологией слизистой оболочки (СО) полости рта. У них наиболее часто диагностируется хронический пародонтит (ХП), что оказывает существенное влияние на течение гастритического процесса.

Целью работы было выяснение состояния СО желудка (СОЖ) у больных ХГ, ассоциированным с ХП.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели применялись гастроскопия, осмотр полости рта, проведение рентгенологического исследования зубного ряда. Обследовано 148

больных ХГ, у которых в 105 случаях определялся ХП различной степени тяжести. Среди них было 36,8% мужчин и 63,2% женщин. Средний возраст, которых соответственно составлял при легкой степени ХП 28 лет, при средней — 40, при тяжелой — 43 года. Морфологические изменения СО пародонта характеризовались цианотичностью межзубных десневых сосочков, наличием пародонтальных карманов, кровоточивостью десен, подвижностью зубов, выпадением их, выделением гноя из пародонтальных карманов. Это сочеталось с различной выраженности нарушением структуры СОЖ. Так, легкой степени ХП соответствовало наличие неатрофической формы ХГ, средней степени ХП — атрофическая очаговый или распространенная формы ХГ, а при тяжелой степени ХП диагностировали эрозивные формы ХГ на фоне атрофии СОЖ. В клинике больных, кроме жалоб на боли и диспепсические расстройства характерные для ХГ, присутствуют симптомы гнойного воспаления в полости рта: запах изо рта, подвижность и расшатывание зубов, нарушение функции жевания. Следует отметить, что средней степени тяжести ХП и особенно тяжелой в СОЖ наиболее часто встречались распространенные атрофические и эрозивные формы ХГ.

Заключение. ХГ часто сочетается с ХП различной степени тяжести. Более выраженным структурным повреждением СО пародонта соответствуют существенно чаще атрофические и эрозивные формы ХГ, что говорит о прямой связи этих заболеваний, поскольку они близко находятся структурно и функционально. Это указывает на необходимость ранней диагностики ХП при выявлении ХГ и проведения комплексного лечения направленного на ликвидацию воспалительного процесса в указанных отделах желудочно-кишечного тракта.

ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ. АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ

¹Лазебник Л. Б., ²Рустамов М. Н.

¹ Научное общество гастроэнтерологов России, г. Москва, Россия

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

Цель исследования. Разработка комплексных программ медицинской реабилитации больных *Helicobacter pylori* (Hр) ассоциированной дуоденальной язвой (ДЯ) и оптимизация безопасных методов эрадикации Hр.

Материал и методы исследования. 250 пациентов с Hр-позитивной ДЯ были рандомизированы

на 5 групп, 50 в каждой. I группа получала *ингибитор протонного насоса (ИПН)* + амоксициллин (АМО) + кларитромицин (КЛА); II — ИПН + АМО + КЛА + пробиотики (П); III — ИПН + П + углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную воду (ПМВ) за 1,5 ч. до еды; IV — ИПН + П + хлоридную натриевую ПМВ за 1,5 ч. до еды; V — ИПН + П. Всем пациентам до и после курса лечения проведена ФЭГДС с биопсией, биохимический анализ крови, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК). Лечение проводили в течение одного месяца.

Результаты исследования. До начала лечения у 82% пациентов встречался болевой синдром. Диспепсические жалобы (ДЖ) и ДК выявили у 70 и 62% обследованных соответственно. На фоне лечения у 50% больных I группы возростала частота ДЖ, у 42% больных такие жалобы появились впервые. Во II группе отмечалось исчезновение ДЖ в 74%, уменьшение — в 20%. В III, IV и V группах наблюдали исчезновение ДЖ в 78, 76, 74%, а уменьшение — в 20, 22 и 24% случаев соответственно. В III, IV и V группах достоверно улучшился кишечный микробиоценоз. У пациентов II группы достоверно уменьшилось количество больных с ДК, который определялся до лечения, но в 8% случаев появились новые случаи ДК. У пациентов I группы отмечалось достоверное увеличение количества больных с ДК и усугубление степени ДК, что можно оценить как побочные эффекты, связанные с приемом антибиотиков. Эрадикация *Нр* составила 70, 82, 80, 78 и 68% в I, II, III, IV и V группах соответственно. Заживление ДЯ происходило в 82, 84, 86, 84 и 78% случаев в I, II, III, IV и V группах соответственно. После лечения во всех группах произошло достоверное повышение ($p < 0,001$) базального рН в теле, антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке, однако более выражено это отмечалось в III группе. После лечения в I группе произошло достоверное повышение АлАт, АсАТ, щелочной фосфатазы (ЩФ), и триглицеридов (ТГД). Во II группе изменение этих показателей не произошло. В III, IV и V группах произошло достоверное снижение уровня АлАт, АсАТ, билирубина, ЩФ, холестерина и ТГД.

Выводы. Традиционная тройная эрадикационная схема на основе кларитромицина вызывает или усугубляет имеющийся ДК, увеличивает частоту ДЖ, связанных с приемом антибиотиков, оказывает гепатотоксическое действие. Добавление пробиотиков к традиционной терапии повышает комплаенс пациентов и эффективность эрадикации *Нр*, улучшает кишечный микробиоценоз, однако вызывает новые случаи ДК, лечение становится более дорогостоящим. Сочетанное применение питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов является наиболее предпочтительной среди вышеупомянутых программ, которая отличается безопасностью и малыми экономическими затратами, уменьшает медикаментозную нагрузку

на организм, особенно у пациентов с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы и метаболическим синдромом. Данная схема может считаться возможной профилактикой метаболического синдрома у лиц с патологией гепатобилиарной системы, которым обязательно нужно проводить эрадикацию *Нр*.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕИНВАЗИВНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ХЕЛИК-ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI*

¹Лазебник Л. Б., ²Рустамов М. Н.

¹Научное общество гастроэнтерологов России, г. Москва, Россия

²УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность неинвазивного дыхательного тест-системы ХЕЛИК с индикаторной трубкой при выявлении инфекции *Helicobacter pylori* и определить чувствительность и специфичность данного метода.

Материал и методы исследования. Обследовано 37 пациентов с заболеваниями гастродуоденальной системы, из них с эрозивно-язвенными поражениями — 25, хроническим гастритом — 12, в возрасте 17–67 лет, мужчины — 11, женщины — 26. Всем пациентам была проведена фиброгастродуоденоскопия с множественными биопсиями из антрального отдела и тела желудка для дальнейшего определения в биоптатах микроорганизма *Helicobacter pylori* и неинвазивный дыхательный ХЕЛИК-тест. Для определения чувствительности и специфичности неинвазивного дыхательного ХЕЛИК-теста пациенты были разделены на две группы. В первую группу были включены 19 пациентов, у которых при эндоскопическом исследовании морфологически была обнаружена инфекция *Helicobacter pylori* различной степени контаминации микроорганизма, во вторую группу были включены 18 пациентов, у которых при морфологическом исследовании инфекция *Helicobacter pylori* не была обнаружена. Исследование проводилось утром натощак при обязательном соблюдении следующих условий: чистка зубов, тщательное прополаскивание ротовой полости водой перед исследованием, отказ от лекарственных препаратов перед исследованием, отказ от спиртных напитков, бобовых за сутки до исследования, отказ от жевательной резинки и курения минимум за три часа перед тестом. Исследование проводилось натощак при базальной фазе в течение 6 минут и через 2 минуты перерыва, после приема раствора карбамида в течение 6 минут при нагрузочной фазе. Пациент принимал раствор фармацевтического карбамида нормального изотопного состава в количестве 500 мг, растворенных в 30 мл чистой негазированной воды. Образующийся в ходе