

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*

<sup>1</sup>Лазебник Л. Б., <sup>2</sup>Рустамов М. Н.

<sup>1</sup>Научное общество гастроэнтерологов России, г. Москва, Россия

<sup>2</sup>УО «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

гидролиза аммиак через несколько минут поступал в воздух ротовой полости. С помощью специальной индикаторной трубкой определяли уровень уреазы в выдыхаемом воздухе в обе фазы. Чувствительность и специфичность метода ХЕЛИК-тест оценивали при сравнении с данными гистологического метода.

**Результаты исследования.** При проведении неинвазивного дыхательного ХЕЛИК-теста у 18 из 19 пациента первой группы тест был положительный, т. е. исследование подтвердило присутствие *Helicobacter pylori* у пациента. Чувствительность дыхательного ХЕЛИК-теста составила 94,74%. Во второй группе только у одного из 18 *Helicobacter pylori*-негативных пациентов, при дыхательном ХЕЛИК-тесте получен положительный результат. Специфичность метода составила 94,44%. Следует отметить, что у пациента с отрицательным результатом при дыхательном ХЕЛИК-тесте, морфологически было обнаружено минимальной степени контаминация микроорганизма *Helicobacter pylori*. Это дает основание полагать, что в дальнейшем данный метод можно использовать не только как качественный, но и как количественный тест для изучения степени контаминации *Helicobacter pylori*.

**Выводы.** Дыхательный метод определения *Helicobacter pylori* ХЕЛИК-тест с индикаторной трубкой обладает высокой чувствительностью (94,74%) и специфичностью (94,44%). Метод может быть рекомендован как точный неинвазивный метод для диагностики и для оценки эффективности эрадикации *Helicobacter pylori*. Положительный результат ХЕЛИК-теста при отрицательном гистологическом методе можно объяснить тем, что при проведении ХЕЛИК-теста определяются не сам *Helicobacter pylori*, а продукты его жизнедеятельности и он сам может не включен в биопсию. Метод неинвазивный, прост для применения, может быть использован в амбулаторных условиях, особенно при исследовании коморбидных пациентов с противопоказаниями для проведения инвазивных методов диагностики *Helicobacter pylori*.

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI*, С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

<sup>1</sup> Лазебник Л. Б., <sup>2</sup> Рустамов М. Н.

<sup>1</sup> Научное общество гастроэнтерологов России, г. Москва, Россия

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

**Цель исследования.** Изучить эффективность комбинированного применения питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов при медицинской реабилитации больных дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 150 пациентов с *Helicobacter pylori* — позитивной дуоденальной язвой в возрасте от 20 до 60 лет, женщин — 76, мужчин — 74. Пациенты были рандомизированы на три сходные по клинической характеристике группы, по 50 пациентов в каждой. Всем пациентам до и после курса лечения проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией, микробиологическое исследование фекалий на дисбиоз. Пациенты первой группы получали кларитромицин по 500 мг, амоксициллин по 1000 мг и омепразол по 20 мг — все 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем омепразол по 20 мг 2 раза в течение 20 дней. Пациенты второй группы получали то же лечение, с добавлением пробиотика по одной капсуле в день, каждая капсула которого содержит 3,025 миллиарда живых лиофилизированных бактерий *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и бактерий *Bifidobacterium bifidum*, стойких к антибиотикам. Пациенты третьей группы получали пробиотика по одной капсуле в день, омепразол 20 мг 1 раз в сутки и углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную (минерализация 8,0 – 10,0 г/л) воду Эссентуки № 4 по 150 – 200 мл 3 раза в день за 90 минут до приема пищи, дегазированную, подогретую до 38 °С. Лечение во всех группах проводили в течение одного месяца.

**Результаты исследования.** Болевой синдром встречался у 82%, диспепсические жалобы — у 70% пациентов во всех трех группах. У 62% больных до лечения был выявлен дисбиоз кишечника различной степени, который выражался в снижении уровня облигатной группы бактерий (93%) и повышении уровня условно патогенной микрофлоры (71%). На фоне эрадикационной терапии у 50% пациентов первой группы возрастала частота имеющихся диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных такие жалобы появились впервые на фоне проводимой терапии и сохранялись еще в течение 1,5 месяца после лечения. Пациенты второй группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 74%, уменьшение — в 20% и без динамики в процессе лечения — в 6% случаев. Пациенты третьей группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 78%, уменьшение — в 20% случаев. У пациентов третьей группы достоверно улучшился кишечный микробиоценоз. Во второй группе достоверно уменьшилось количество пациентов с дисбиозом, который определялся до лечения, но в 8% случаев появились новые случаи дисбиоза. В первой группе наблюдалось достоверное увеличение количества пациентов с дисбиозом кишечника и усугубление степени дисбиоза. Эрадикация *Helicobacter pylori* составила