

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Р.Ю.Каттаханова.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья. г.Фергана, Узбекистан.

Для цитирования: © Каттаханова Р.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ. ЖКМП.-2025.-Т.2.-№2.-С

Поступила: 14.04.2025

Одобрена: 10.05.2025

Принята к печати: 05.06.2025

Аннотация: *Helicobacter pylori* относится к наиболее распространенным хроническим инфекциям человека и встречается у большинства населения. В настоящее время инфекция *Helicobacter pylori* считается важнейшим этиопатогенетическим звеном развития хронического гастрита (тип В), дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и некардиального рака желудка. Исследования по определению инфицированности *Helicobacter pylori* населения Ферганской области до настоящего времени не проводились. В работе определены инфицированность хеликобактерной инфекцией населения в Ферганской области и главные этиологические факторы в развитии гастритов. Диагностику хеликобактерной инфекции определяли двумя методами: инвазивным и неинвазивным. Установлено, что по инфицированности населения *Helicobacter pylori* Ферганскую область можно отнести к областям с высоким уровнем инфицированности. Определено, что основным этиологическим фактором в развитии гастритов и язвенной болезни является хеликобактерная инфекция. Проведение эрадикации *Helicobacter pylori* приводило к эффективному лечению гастритов и язвенной болезни желудка.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, хронический гастрит, эрадикация *Helicobacter pylori*, уреазный тест.

HELICOBACTER INFEKTSIYASINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

Р.Ю.Каттаханова.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти. Фарғона ш, О'збекистон.

Izoh: © Kattaxanova R.Yu.

HELICOBACTER INFEKTSIYASINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI. KPTJ.-2025-N.2.-№2-M

Qabul qilindi: 14.04.2025

Ko'rib chiqildi: 10.05.2025

Nashrga tayyorlandi: 05.06.2025

Annotatsiya: *Helicobacter pylori* insonning eng keng tarqalgan surunkali infeksiyalariga ishora qiladi va aholining ko'pchiligida uchraydi. Hozirgi vaqtda *Helicobacter pylori* infeksiyasi surunkali gastrit (b turi), duodenit, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi va kardiyak bo'lmagan oshqozon saratoni rivojlanishining eng muhim etiopatogenetik bo'g'ini hisoblanadi. Farғona viloyati aholisining *Helicobacter pylori* infeksiyasini aniqlash bo'yicha tadqiqotlar hozirgacha o'tkazilmagan. Ishda Farғona viloyatida aholining *Helicobacter* infeksiyasi va gastrit rivojlanishidagi asosiy etiologik omillar aniqlangan. *Helicobacter* infeksiyasi diagnostikasi ikki usul bilan aniqlandi: invaziv va invaziv bo'lmagan. Aholining *Helicobacter pylori* infeksiyasiga ko'ra, Farғona viloyatini infeksiya darajasi yuqori bo'lgan hududlarga kiritish mumkinligi aniqlandi. Gastrit va oshqozon yarasi rivojlanishida asosiy etiologik omil *Helicobacter* infeksiyasi ekanligi aniqlandi. *Helicobacter pylori*-ni yo'q qilish gastrit va oshqozon yarasini samarali davolashga olib keldi.

Kalit so'zlar: *Helicobacter pylori*, surunkali gastrit, *Helicobacter pylori* erradikatsiyasi, ureaz testi.

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION

Kattakhanova R. Y.

Fergana Medical Institute of Public Health. Fergana, Uzbekistan.

For situation: © Kattakhanova R.Y.

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION. JCPM.-2025.P.2.№2-A

Received: 14.04.2025

Revised: 10.05.2025

Accepted: 05.06.2025

Abstract: *Helicobacter pylori* is one of the most common chronic human infections and occurs in most of the population. Currently, *Helicobacter pylori* infection is considered the most important etiopathogenetic link in developing chronic gastritis (type B), duodenitis, peptic ulcer of the stomach and duodenum, and non-cardiac gastric cancer. Studies to determine *Helicobacter pylori* infection in the population of the Fergana region have not yet been conducted. The paper identifies the main etiological factors in the development of gastritis and the determination of infection with *Helicobacter pylori* in the Fergana region. The diagnosis of *Helicobacter pylori* infection was determined by two methods: invasive and noninvasive. It has been established that, according to the infection rate of the population with *Helicobacter pylori*, the Fergana region can be classified as an area with a high infection rate. It has been determined that the main etiological factor in the development of gastritis and peptic ulcer is a *Helicobacter* infection. Eradication of *Helicobacter pylori* led to effective treatment of gastritis and gastric ulcer.

Keywords: *Helicobacter pylori*, chronic gastritis, eradication of *Helicobacter pylori*, urease test.

Актуальность: вопросов диагностики и лечения *Helicobacter pilori* -ассоциированных заболеваний обусловлена в первую очередь широкой распространенностью данной инфекции в популяции. На начало XXI века *Helicobacter pilori* относится к наиболее распространенным хроническим инфекциям человека и встречается у 80-90% жителей развивающихся стран Азии и Африки, от 63 до 80% у жителей Восточной Европы, в России – 72-95%, в Индии – 84%, на Украине – 70% [1-3].

В настоящее время инфекция *Helicobacter pilori* считается важнейшим этиопатогенетическим звеном развития хронического гастрита (тип В), дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, MALT-лимфомы и некардиального рака желудка. Общемедицинскую актуальность проблемы подчёркивает тот факт, что в 1994 г. экспертами ВОЗ *Helicobacter pilori* была отнесена к канцерогенам 1-й группы риска в отношении развития рака желудка. Частота инфицирования *Helicobacter pilori* прогрессивно возрастает [2].

С момента открытия существования данного микроорганизма было разработано множество методов его диагностики, которые постоянно подвергаются усовершенствованию. Тем не менее, ни один из методов диагностики хеликобактерной инфекции не является универсальным. Для более точной диагностики наличия *Helicobacter pilori* необходимо использование минимум двух методов.

Исследования по определению инфицированности *Helicobacter pilori* населения Ферганской области до настоящего времени не проводились.

Исходя из этого целью нашего исследования явилось определение главных этиологических факторов в развитии гастритов и определение инфицированности хеликобактерной инфекцией населения в нашем регионе - Ферганской области и внедрение в практику новых инновационных технологий по диагностике и лечению *Helicobacter pilori* [5].

Материал и методы исследования:

Нами было обследовано 175 больных хроническим гастритом на наличие *Helicobacter pilori*. В исследование включались больные обоего пола с эндоскопическим подтверждением хронического гастрита. В группе изучения было 85 женщин, средний возраст которых составил 36.6 + 12.7 лет

и 90 мужчин, средний возраст которых составил 34 + 15.6 лет. Длительность заболевания у женщин составила 4.6 + 3.6 лет, у мужчин 5.4 + 4.8 лет. С целью определения инфицированности *Helicobacter pilori* среди населения области было обследовано 260 здоровых добровольцев в возрасте от 17 до 55 лет. Диагностику хеликобактерной инфекции определяли двумя методами: инвазивным и неинвазивным. Инвазивный метод включал в себя проведение ЭФГДС с прицельной биопсией и дальнейшим изучением гастробиоптата. Экспресс-диагностику хеликобактерной инфекции у пациентов осуществляли уреазным тестом – «хелпил-тест», согласно инструкциям Ассоциации медицины и аналитики. Принцип использования хелпил –теста основан на изменении цвета индикаторного диска при размещении на нём биоптата слизистой оболочки антрального и фундального отделов желудка. Изменение цвета индикаторного диска на синий через 3 мин после контакта с биоптатом считается хеликобактерпозитивным, а отсутствие изменение окраски – хеликобактернегативным показателем [4].

Из неинвазивных методов диагностики хеликобактерной инфекции был применен иммуноферментный анализ на выявление антител класса IgG к *Helicobacter pilori* и дыхательный (уреазный) тест. До начала лечения все наблюдаемые больные имели клинические проявления желудочной диспепсии: боли и тяжесть в подложечной области живота, отрыжка, тошнота, боли в эпигастрии натощак и после еды, изжога.

До начала лечения у всех наблюдаемых больных отмечена выраженная воспалительная и сосудистая реакция, которая проявлялась диффузной или пятнистой гиперемией слизистой оболочки, ее отеком с большими проявлениями в антральном отделе желудка, где, кроме того, обнаруживались приподнятые эрозии в зоне выраженного воспаления.

Результаты исследования и их обсуждение:

Анализ симптоматики показал, что ведущим клиническим проявлением хронического гастрита у больных был болевой синдром. Его тип и характер определялись этиологией патологического процесса. Так больные с хроническим эритематозным гастритом и дуоденогастральным рефлексом (не хеликобактерной этиологии) достоверно чаще (76.8+6.4%) предъявляли жалобы на сильные боли, которые в 76.4 + 5.9% случаев носили

приступообразный характер, локализовались в эпигастрии (87.3+8.1%) и пилородуоденальной зоне. Достоверно чаще регистрировались ранние боли. Пациенты с хроническим гастритом хеликобактерной этиологии, напротив, чаще предъявляли жалобы на эпизодические (74.3+6.3%), умеренные (81.2+6.4%), монотонные боли, локализованные в эпигастрии (89.4+4.6%) и пилородуоденальной зоне. Среди явлений желудочной диспепсии преобладали тошнота (68.7+5.7%), запоры (37.4+9.1%). Астеновегетативный синдром наблюдался в 43.1+5.6% случаев. Астеновегетативные проявления были разнообразны и включали головную боль, головокружение, потливость, раздражительность др.

При эндоскопическом исследовании преобладало поражение антрального отдела (91.1+6.7%) желудка. Эритематозная форма гастрита являлась преобладающей. Эрозивные формы гастрита составили в совокупности 31.3+5.1% от всего числа обследованных. Эрозии чаще располагались в антральном отделе желудка. Гиперпластические процессы слизистой оболочки желудка эндоскопически выявлены у 6.7+2.9% пациентов. Атрофический гастрит определен у 9.1+3.6% пациентов [7,13].

С помощью иммуноферментного анализа (ИФА) было определено в сыворотке крови наличие специфических антител классов IgG и IgA против *Helicobacter pilori*. Наличие *Helicobacter pilori* этим методом было подтверждено у 86.7+3.4% больных с хроническим гастритом. Отрицательный результат при наличии болей в животе и явлений желудочной диспепсии отмечен в 13.3+3.4% случаев. Исследование здоровых добровольцев с помощью ИФА на наличие *Helicobacter pilori* выявила инфицированность жителей Ферганской области 86%, что даёт основание отнести её к областям с высоким уровнем инфицированности. Серологические тесты применяются как неинвазивная диагностика у части пациентов [7,8].

В некоторых клинических ситуациях диагностика другими (обычно более информативными) методиками имеет низкую чувствительность из-за невысокого содержания *Helicobacter pilori* в желудке, и лишь серологическая диагностика способна выявить *Helicobacter pilori*. К таким ситуациям относятся желудочно-кишечные кровотечения, атрофический гастрит, рак желудка.

Проведение быстрого уреазного «хелпил теста» выявило наличие хеликобактерной инфекции у 81.2+4.2% больных. Данный тест является методом выбора. Его чувствительность имеет 90%, а специфичность – 95-100%. Ложноположительным данный тест бывает редко. Ложноотрицательным – при недавних кровотечениях, сопутствующем лечении ингибиторами протонной помпы, антибиотиками, препаратами висмута, при наличии выраженной атрофии и кишечной метаплазии. То есть отрицательный результат на *H. Piloni* при быстром уреазном тесте не исключает полностью отсутствие хеликобактерий, положительный тест указывает на наличие *Helicobacter pilori* [16,17].

Инфекция *Helicobacter pilori* была верифицирована у 97% больных атрофическим хроническим гастритом. У пациентов с данным видом гастрита преобладала слабая, а в группе с неатрофическим гастритом – высокая степень инфицированности. Снижение обсемененности при атрофическом по сравнению с неатрофическим хроническим гастритом, вероятно, связано с нарушением оптимальных условий для колонизации *Helicobacter pilori*. В результате бактерии мигрируют в тело желудка, вызывая развитие пангастрита (атрофического гастрита) [9,10,14,15]. Проведенные нами исследования подтверждают литературные данные и свидетельствуют о доминирующей роли инфекции (*Helicobacter pilori*) в развитии гастритов. Наличие данной инфекции служит показанием к проведению эрадикации возбудителя.

Всем исследуемым больным была назначена следующая схема лечения. Амоксициллин 1г 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + ингибитор протонного насоса – омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения составила 10-14 дней. Проведение тройной терапии оказалось успешной у 90% больных. У них исчезли все клинические симптомы заболевания и произошла полная эрадикация возбудителя. У 10% больных данная терапия оказалась неэффективной и им была назначена вторая схема лечения. Висмута субцитрат 120 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Данная терапия оказалась эффективной. После проведения эрадикации возбудителя рецидивы инфекции наблюдаются редко [9,11,18].

Выводы: Таким образом, на основании вышеизложенного можно заключить, что по инфицированности населения *Helicobacter pylori* Ферганскую область можно отнести к областям с высоким уровнем инфицированности. Установлено, что основным этиологическим фактором в развитии гастритов и язвенной болезни является хеликобактерная инфекция. Проведение эрадикации *Helicobacter pylori* является обязательным условием для эффективного лечения гастритов и язвенной болезни желудка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аруин, Л. И., Григорьев, П. Я., Исаков, В. А., & Яковенко, Э. П. (1999). Хронический гастрит. Амстердам, 151–161.
2. Аруин, Л. И. (2006). Качество заживления гастродуоденальных язв: функциональная морфология, роль методов патогенетической терапии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, (5), 1–5. (репринт)
3. Баранская, Е. К. (2000). Язвенная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori*. *Болезни органов пищеварения*.
4. Барышникова, Н. В., Денисова, Е. В., Корниенко, Е. А., и соавт. (2009). Эпидемиологическое исследование резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину у жителей Санкт-Петербурга с язвенной болезнью. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, (5), 73–76.
5. Барышникова, Н. В., Успенский, Ю. П., & Ткаченко, Е. И. (2010). Оптимизация лечения больных с заболеваниями, ассоциированными с *Helicobacter pylori*: обоснование необходимости использования препаратов висмута. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, (6), 116–121.
6. Белоусов, А. С., Водолагин, В. Д., & Жаков, В. П. (2002). *Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения*. Москва: Медицина.
7. Бредихина, Н. А. (2001). Современный взгляд на проблему хронического гастрита (диагностика, лечение, профилактика). *Успехи теоретической и клинической медицины*, вып. 4. Материалы научных исследований Российской Медицинской Академии Последипломного образования.
8. Григорьев, П. Я. (2002). *Рекомендации врачу по лечению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки*. ГМЦ МЗ РФ РГМУ МЗ РФ.
9. Григорьев, П. Я., & Яковенко, А. В. (2001). *Клиническая гастроэнтерология*. Москва: МИ А.
10. Жебрун, А. Б., Александрова, В. А., Гончарова, Л. Б., & Ткаченко, Е. И. (2002). *Диагностика, профилактика и лечение заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori-инфекцией: Пособие для врачей*. Санкт-Петербург.

11. Жебрун, А. Б., Сварваль, А. В., & Ферман, Р. С. (2008). Исследование антибиотикорезистентности штаммов *H. pylori*, циркулирующих в Санкт-Петербурге в современный период. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*, (2, прил. 1), 18–19.
12. Захарова, Н. В. (2003). Кларитромицин – стандартный компонент антихеликобактерной терапии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, (3).
13. Захарова, Н. В. (2006). Пути повышения эффективности и безопасности схем эрадикации *Helicobacter pylori*. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, (3), 45–51.
14. Звягинцева, Т. Д. (п.д.). *Болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки*. Москва: ГИУВ МО РФ, Главный клинический госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко.
15. Ивашкин, В. Т. (2006). *Клинические рекомендации. Гастроэнтерология*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
16. Ивашкин, В. Т., Мерго, Ф., & Лапина, Т. Л. (1999). *Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии*. Москва: Триада–Х.
17. Ивашкин, В. Т., & Лапина, Т. Л. (2012). *Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
18. Ивашкин, В. Т., Шептулин, А. А., Баранская, Е. К., и др. (2005). *Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей)*. Москва.

Информация об авторах:

© КАТТАХАНОВА Р. Ю. - доцент кафедры Пропедевтики внутренних болезней Ферганского медицинского института общественного здоровья. г. Фергана., Узбекистан.

Muallif haqida ma'lumot:

© KATTAKHANOVA R.Yu.- Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida dotsenti. Farg'ona sh., O'zbekiston.

Information about the authors:

© KATTAKHANOVA R.Yu.- Associate Professor, Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Ferghana Medical Institute of Public Health., Ferghana., Uzbekistan.