



## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Каттаханова Р.Ю.

Ферганский медицинский институт  
общественного здоровья

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20823872>

### ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 20-iyun 2026 yil

Ma'qullandi: 22-iyun 2026 yil

Nashr qilindi: 24-iyun 2026 yil

### KEYWORDS

*Helicobacter pylori*, хронический гастрит, эрадикация *Helicobacter pylori*, уреазный тест.

### ABSTRACT

*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.

**Актуальность проблемы.** Инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) остается одной из наиболее распространенных хронических бактериальных инфекций человека и представляет серьезную медико-социальную проблему во всем мире. По данным многочисленных эпидемиологических исследований, распространенность инфицирования значительно варьирует в зависимости от уровня социально-экономического развития региона, санитарно-гигиенических условий проживания и возраста населения.

На сегодняшний день носителями *H. pylori* являются более половины населения земного шара. В развивающихся странах Азии и Африки уровень инфицированности достигает 80–90%, в странах Восточной Европы колеблется от 63 до 80%, в Индии составляет около 84%, на Украине — около 70%, а в ряде регионов постсоветского пространства превышает 75%.

Особую значимость данная инфекция приобретает в связи с ее доказанной ролью в развитии ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта. В настоящее время *H. pylori* признана основным этиологическим фактором хронического гастрита типа В, дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, MALT-лимфомы желудка и аденокарциномы желудка. В 1994 году Всемирная организация здравоохранения отнесла *H. pylori* к канцерогенам I группы, что свидетельствует о прямой связи инфекции с развитием рака желудка.

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 *H. Pylori* необходимо использование минимум двух методов.

Исследования по определению инфицированности *H. Pylori* населения Ферганской области до настоящего времени не проводились.

Исходя из этого **целью нашего исследования** явилось изучение роли инфекции *Helicobacter pylori* в развитии хронических гастритов у жителей Ферганской области и определение инфицированности хеликобактерной инфекцией населения региона и внедрение в практику новых инновационных технологий по диагностике и лечению *H. Pylori*.

#### **Материалы и методы исследования**

Нами было обследовано 175 больных хроническим гастритом на наличие *H. Pylori*. 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 НР среди населения области было обследовано 260 здоровых добровольцев в возрасте от 17 до 45 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.

Из неинвазивных методов диагностики хеликобактерной инфекции был применен иммуноферментный анализ на выявление антител класса IgG к *H. Piloni*.

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 определён у 9.1 + 3.6 % пациентов. С помощью иммуноферментного анализа (ИФА) было определено в сыворотке крови наличие специфических антител классов IgG и IgA против *H. Piloni*. Наличие *H. Piloni* 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 *H. Piloni* 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. В некоторых клинических ситуациях диагностика другими (обычно более информативными) методиками имеет низкую

чувствительность из-за невысокого содержания *H. Piloni* в желудке, и лишь серологическая диагностика способна выявить *H. Piloni*. 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 *H. Piloni*.

Инфекция *H. Piloni* 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 *H. Piloni*. В результате бактерии мигрируют в тело желудка, вызывая развитие пангастрита (атрофического гастрита).

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.

Главной целью лечения является полная эрадикация возбудителя, что позволяет устранить воспалительный процесс, предотвратить рецидивы язвенной болезни и снизить риск развития рака желудка.

Всем пациентам была назначена стандартная тройная схема лечения:

- Амоксициллин — 1000 мг 2 раза в сутки;
- Кларитромицин — 500 мг 2 раза в сутки;
- Омепразол — 20 мг 2 раза в сутки.

Продолжительность терапии составляла от 10 до 14 дней.

Эффективность лечения достигла 90%. После завершения курса терапии у большинства пациентов отмечалось исчезновение клинических симптомов и подтвержденная эрадикация возбудителя.

У пациентов с неэффективностью первичной схемы лечения применялась квадротерапия с препаратами висмута:

- 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 схема продемонстрировала высокую эффективность и позволила добиться эрадикации инфекции у большинства пациентов, ранее не ответивших на стандартную терапию.

### Заклучение

Проведенное исследование показало, что инфекция *Helicobacter pylori* широко распространена среди населения Ферганской области и выявляется более чем у 80% обследованных лиц. Полученные результаты подтверждают ведущую роль данного микроорганизма в развитии хронического гастрита и язвенной болезни желудка.

Комплексное использование современных методов диагностики позволяет своевременно выявлять инфекцию и назначать адекватное лечение. Наиболее информативным является сочетание эндоскопических методов с быстрым уреазным тестом и серологическими исследованиями.

Проведение эрадикационной терапии является обязательным компонентом лечения пациентов с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями. Успешная эрадикация способствует устранению клинических симптомов, предупреждает прогрессирование патологического процесса и значительно снижает риск развития тяжелых осложнений, включая рак желудка.

Таким образом, дальнейшее совершенствование методов диагностики и внедрение современных схем лечения *Helicobacter pylori*-инфекции являются важным направлением развития гастроэнтерологии и профилактической медицины.

### Список литературы:

1. Андреев Д.Н., Маев И.В. Современные методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori* // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2023. – Т. 33, № 4. – С. 15–24.
2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 912 с.
3. Исаков В.А., Домарадский И.В. *Helicobacter pylori*: диагностика и лечение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2020. – 224 с.
4. Лазебник Л.Б., Ткаченко Е.И. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*. – М., 2023. – 68 с.
5. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. *Helicobacter pylori*-инфекция: современные аспекты диагностики и лечения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 256 с.
6. Щербаков П.Л. Хеликобактерная инфекция у взрослых и детей. – М.: Медпрактика-М, 2019. – 304 с.
7. American College of Gastroenterology. Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection // American Journal of Gastroenterology. – 2024. – Vol. 119. – P. 1730–1753.
8. Chey W.D., Leontiadis G.I., Howden C.W., Moss S.F. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection // American Journal of Gastroenterology. – 2017. – Vol. 112, № 2. – P. 212–239.
9. Crowe S.E. *Helicobacter pylori* Infection // New England Journal of Medicine. – 2019. – Vol. 380. – P. 1158–1165.
10. European *Helicobacter* and Microbiota Study Group. Evidence-based Guidelines for *Helicobacter pylori* Management. – Florence, 2022.
11. Graham D.Y., Dore M.P. Update on the use of vonoprazan: a competitive acid blocker // Gastroenterology. – 2024. – Vol. 166, № 4. – P. 891–903.

12. Hunt R.H., Xiao S.D., Megraud F. et al. Helicobacter pylori in developing countries // World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. – 2023. – P. 1–35.
13. Malfertheiner P., Megraud F., Rokkas T. et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence Consensus Report // Gut. – 2022. – Vol. 71, № 9. – P. 1724–1762.
14. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J. et al. Kyoto Global Consensus Report on Helicobacter pylori Gastritis // Gut. – 2015. – Vol. 64, № 9. – P. 1353–1367.
15. World Health Organization. Cancer Prevention and Control: Helicobacter pylori and Gastric Cancer. – Geneva, 2023.



INNOVATIVE  
ACADEMY