

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2021 №1

*2011 йилдан чиқа бошлаган*

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**АХБОРОТНОМАСИ**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENT

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES
Махсудов В.Г., Яхшибоев Р.Э., Бобожонов Б.О., Латипова К.Д., Зупаров И.Б. <b>АВТОМАТИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕКСТА С ПОМОЩЬЮ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И РИСОВАНИЯ</b>	Makhsudov V.G., Yaxshiboyev R.E., Bobojonov B.O., Latipova K.D., Zuparov I.B. <b>AUTOMATIC TEXT DETECTION USING MORPHOLOGICAL OPERATIONS AND INPAINTING</b> 8
ОБЗОРЫ	REVIEWS
Абдуллажанов Б.Р., Девяттов А.В., Нишанов М.Ф., Рахманов Б.Б. <b>ОСОБЕННОСТИ БИОСОВМЕСТИМОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЛЬТРОВ ДЛЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ПЛАЗМОСОРБЦИИ</b>	Abdullajanov B.R., Devyatov A.V., Nishanov M.F., Rakhmanov B.B. <b>FEATURES OF BIOCOMPATIBILITY AND EFFICIENCY OF FILTERS FOR HYPERBARIC PLASMA SORPTION</b> 12
Алибоев М.Р., Нишанов М.Ф., Ботиров А.К., Абдуллажонов Б.Р., Ахмадбеков Б.О. <b>НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ДИФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА</b>	Aliboev M.R., Nishanov M.F., Botirov A.K., Abdullajonov B.R., Akhmadbekov B.O. <b>SOME QUESTIONS ABOUT THE ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF DIFFUSE-TOXIC GOITER</b> 16
Ахмедов Р.Ф., Карабаев Х.К., Мухаммадиев М.Х. <b>СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА</b>	Akhmedov R.F., Karabayev Kh.K., Mukhammadiev M.Kh. <b>CURRENT STATE OF PREVENTION AND INTENSIVE THERAPY OF BURN SEPSIS</b> 20
Дусматов Ж.Э., Махкамова Ф.Т. <b>СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ</b>	Dusmatov J.E., Makhkamova F.T. <b>MODERN PRINCIPLES OF PROSTHETICS ON IMPLANTS</b> 26
Икрамова М.Д., Муминова З.А., Аюпова Д.А. <b>РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b>	Ikramova M.D., Muminova Z.A., Ayupova D.A. <b>VARIOUS TYPES OF CORRECTION OF ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY</b> 32
Исмаилов С.И., Мухтарова М.З., Юлдашев О.С. <b>КОМПЛЕКСНОЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МАСТОПАТИИ</b>	Ismailov S.I., Mukhtarova M.Z., Yuldashev O. S. <b>AN INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF MASTOPATHY</b> 36
Каримов А.А., Арипходжаев Ф.З., Асилова С.У., Мирзаев А.Б., Саломов М.Б. <b>ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</b>	Karimov A.A., Aripходjaev F.Z., Asilova S.U., Mirzaev A.B., Salomov M.B. <b>DYSPLASTIC SPONDYLOLISTHESIS: MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT</b> 43
Каюмов А.А. <b>К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧКИ</b>	Kayumov A.A. <b>ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CYSTIC KIDNEY LESIONS</b> 47
Мамасалиев Н.С., Юсупова Ш.К., Мухамедова В.М., Сапиохунова Х.М., Бекташев И.Б. <b>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАБЕТОЛОГИИ. СООБЩЕНИЕ 3: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ</b>	Mamasaliev N.S., Yusupova Sh.K., Mukhamedova V.M., Sapiohunova Kh.M., Bektashev I.B. <b>EPIDEMIOLOGY AND WAYS OF DEVELOPMENT OF THE PREVENTIVE DIRECTION IN DIABETOLOGY. MESSAGE 3: DIABETES MELLITUS IN COMORBIDITY</b> 53
Муратова Н.Ю., Абдуллаев Ш.Ю. <b>ПРОБЛЕМА ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ НА ГРАНИЦЕ КОСТЬ-ИМПЛАНТАТ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ</b>	Muratova N.Yu., Abdullaev Sh.Yu. <b>THE PROBLEM OF OSTEOINTEGRATION AT THE BONE-IMPLANT BORDER IN MAXILLOFACIAL SURGERY</b> 58
Муртазаев С.С., Кучкарова М.К., Кодирова М.Т., Хасанов Ф.К. <b>ФАСНАЯ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММА КАК МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ</b>	Murtazaev S.S., Kuchkarova M.K., Kodirova M.T., Khasanov F.K. <b>FRONTAL TELEROENTGENOGRAM AS A METHOD OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH DENTOALVEOLAR ANOMALIES</b> 63
Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Хожиметов Д.Ш., Носиров М.М., Хабибуллаев А.П. <b>СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА</b>	Nishanov M.F., Abdullajonov B.R., Khojmetov D.Sh., Nosirov M.M., Khabibullaev A.P. <b>A MODERN LOOK ON BLEEDING FROM VARICOSIS OF THE ESOPHAGUS</b> 72

Сафаев Ё.У. ПЕРКУТАН НЕФРОЛИТОТОМИЯ АМАЛИЁТИ НАТИЖАЛАРИДА ДРЕНАЖ НАЙЧА ЎЛЧАМИ АҲАМИЯТИ	Safayev Y.U. EFFECT OF DRAINAGE TUBE SIZE ON PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY RESULTS	77
Тешаев О.Р., Рахмонова Г.Э., Ўктамова Д.З., Хамидова М.А. COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ТАРҚАЛИШИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА КЛИНИК КЕЧИШИ	Teshaev O.R., Rakhmonova G.E., Uktamova D.Z., Khamidova M.A. PREVALENCE, DIAGNOSIS AND CLINICAL COURSE OF COVID-19 INFECTION	81
Хакимов Д.М., Носиров М.М., Карабоев Б.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	Khakimov D.M., Nosirov M.M., Karaboev B.B. MODERN TRENDS AND PROBLEMS IN TREATMENT OF GASTRODUODENAL BLEEDING (LITERATURE REVIEW)	85

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE	
Каримов М.Ю., Салохиддинов Ф.Б., Тешабаев З.Р. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОЦЕНКА ПРОЧНОСТИ РАЗРАБОТАННОГО СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА НОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	Karimov M.Yu. , Salokhiddinov F.B. , Teshabaev Z.R. EXPERIMENTAL ESTIMATION OF THE STRENGTH OF THE DEVELOPED RIBBED APPARATUS OF A NEW DESIGN FOR OSTEOSYNTHESIS OF FRACTURES OF LONG BONES OF THE LOWER LIMB	89
Турсуметов А.А., Ахмедов А.И., Исроилов Р.И., Жафаров Х.М., Зупаров К.Ф. ОСОБЕННОСТИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ В ПОЗИЦИИ ONLAY В УСЛОВИЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	Tursumetov A.A., Akhmedov A.I., Isroilov R.I., Jafarov Kh.M., Zuparov K.F. FEATURES OF ALLOHERNIOPLASTY FOR POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS IN THE ONLAY POSITION UNDER CONDITIONS OF INFECTION IN THE EXPERIMENT	94

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE	
Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Нишанов М.Ф., Исаков П.М. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	Abdullajanov B.R., Babadjanov A.Kh., Nishanov M.F., Isakov P.M. FEATURES OF PREVENTION OF WOUND COMPLICATIONS IN ALLOPLASTY OF INCARCERATED INCISIONAL VENTRAL HERNIAS	101
Ахмедов А.А., Ярашев Т.Я., Каримов М.М., Абдумажидов А.Ш. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	Akhmedov A.A., Yarashev T.Ya., Karimov M.M., Abdumajidov A.Sh. TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE AND RECURRENT HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL	106
Гаффоров С.А., Абдуллаев Ш.Р. ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ АФТОЗНЫМИ СТОМАТИТАМИ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ	Gafforov S.A., Abdullaev Sh.R. INDICES OF LOCAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS AGAINST THE BACKGROUND OF INFECTIOUS PATHOLOGY OF THE GENITOURINARY SYSTEM AND EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT	110
Гиясов Ш.И., Тухтамишев М.Х., Абдусаттаров А.У., Асадов З.З. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНЫХ СПОСОБОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	Giyasov Sh.I., Tukhtamishev M.Kh., Abdusattarov A.U., Asadov Z.Z. COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFICACY AND SAFETY OF TRANSRECTAL METHODS OF ANESTHESIA FOR MULTIFOCAL BIOPSY OF THE PROSTATE	114
Закирова У.И., Шакарова М.Ш., Максудова Л.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	Zakirova U.I., Shakarova M.Sh., Maksudova L.I. FEATURES OF THE COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH CYTOMEGALOVIRUS INFECTION	120

Икрамов Д.А., Бузруков Б.Т., Икрамов А.Ф. <b>СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ИХ ЭКСКРЕЦИЯ У ЛЮДЕЙ С МИОПИЕЙ И ЭММЕТРОПИЕЙ</b>	Ikramov D.A., Buzrukov B.T., Ikramov A.F. <b>BLOOD SERUM TRACE ELEMENTS CONTENT AND THEIR EXCRETION IN PEOPLE WITH MYOPIA AND EMMETROPIA</b>	124
Ирсалиева Ф.Х., Низамов К.Ф., Айдарова Н.П. <b>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ</b>	Irsaliev F.H., Nizamov K.F., Aydarova N.P. <b>PREDICTING THE EFFECTIVENESS AND TOLERABILITY OF VARIOUS ALLERGEN-SPECIFIC IMMUNOTHERAPY METHODS</b>	127
Исроилов Р.И., Хамроев У.А. <b>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</b>	Isroilov R.I., Khamroev U.A. <b>PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN NEWBORNS AND INFANTS</b>	130
Каримов М.М., Зуфаров П.С., Исламова Ш.З., Каримова Д.К. <b>ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>	Karimov M.M., Zufarov P.S., Islamova Sh.Z., Karimova D.K. <b>EVALUATION OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE USE OF PROBIOTICS IN CONJUNCTION WITH ERADICATION THERAPY OF HELICOBACTER ASSOCIATED DISEASES</b>	138
Курбаниязов З.Б., Сулаймонов С.У., Рахмонов К.Э., Рустамов И.М. <b>ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ</b>	Kurbaniyaov Z.B., Sulaymanov S.U., Rakhmanov K.E., Rustamov I.M. <b>CHOOSING THE OPTIMAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME</b>	145
Кучкоров У.И. <b>ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</b>	Kuchkorov U.I. <b>DYNAMICS OF PSYCHOPATHOLOGICAL CHANGES IN THE POST-WITHDRAWAL PERIOD IN PATIENTS WITH OPIOID ADDICTION WITH SOMATIC PATHOLOGY</b>	149
Маматкулов Ш.М., Мирзахмедов М.М., Хосилов М.М. <b>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ</b>	Mamatkulov Sh.M., Mirzakhmedov M.M., Khosilov M.M. <b>DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF GENITAL WARTS OF THE PERIANAL REGION</b>	153
Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б. <b>СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ</b>	Mirzaev Sh.Kh., Gaipov Z.A., Dursunov A.M., Shodiev B.U., Saydiakhmatkhonov S.S., Rakhimov A.M., Rakhmatov R.B. <b>MODERN SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACETABULAR FRACTURES</b>	156
Мирхамидова С.М. <b>УРОВЕНЬ ДИСКРИМИНАЦИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ</b>	Mirkhamidova S.M. <b>LEVEL OF DISCRIMINATION AGAINST HIV-POSITIVE PEOPLE</b>	161
Назаров Н.Н., Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М. <b>ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РОТАЦИИ И ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ</b>	Nazarov N.N., Ergashev N.Sh., Sattarov J.B., Khurramov F.M. <b>PECULIARITIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF MALFUNCTIONS OF ROTATION AND COLONIC FIXATION IN THE CHILDREN</b>	164
Низамов К.Ф., Айдарова Н.П., Ирсалиева Ф.Х., Ишмухамедова Ш.Б. <b>ОТ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ДЕРМАТО-РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ И АТОПИЧЕСКИЙ МАРШ: ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ)</b>	Nizamov Q.F., Aydarova N.P., Irsaliyeva F.X., Ishmuxamedova Sh.B. <b>FROM ATOPIC DERMATITIS TO BRONCHIAL ASTHMA (DERMATO-RESPIRATORY SYNDROME AND ATOPIC MARCH: DIAGNOSIS, CLINIC, NEW APPROACHES TO TREATMENT)</b>	168
Нишонов Ф.Н., Алибоев М.Р., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Ахмадбеков Б.О. <b>ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>	Nishonov F.N., Aliboev M.R., Nishanov M.F., Abdullazhonov B.R., Akhmadbekov B.O. <b>WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THYROID DISEASES</b>	172

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Каримов М.М., Зуфаров П.С., Исламова Ш.З., Каримова Д.К.

### ХЕЛИКОБАКТЕР БИЛАН АССОЦИЯЛАНГАН КАСАЛЛИКЛАРНИ ЭРАДИКАЦИОН ДАВОЛАШ КОМПЛЕКСИГА ПРОБИОТИК ҚЎШИЛИШИНING КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Каримов М.М., Зуфаров П.С., Исламова Ш.З., Каримова Д.К.

### EVALUATION OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE USE OF PROBIOTICS IN CONJUNCTION WITH ERADICATION THERAPY OF HELICOBACTER ASSOCIATED DISEASES

Karimov M.M., Zufarov P.S., Islamova Sh.Z., Karimova D.K.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентская медицинская академии

**Мақсад:** пробиотик Хеликоцитни® хеликобактер билан ассоцияланган касалликларни эрадикацион даволаш комплексига қўшилишининг клиник самарадорлигини солиштирма баҳолаш. **Материал ва усуллар:** HP ассоциациялаган В шаклдаги сурункали гастрит ва 12бармоқли ичак яра касалликлари бўлган 40 бемор текширувдан ўтказилган. Улар 2 гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ протон помпа ингибиторини 2 мартаба юқори дозада, амоксициллин 2,0 г суткада, кларитромицин 1,0 г суткада 10 кун давомида ва висмутнинг учкалий цитратини 120 мг суткасига 4 мартаба қабул қилган. Иккинчи гуруҳ беморлар юқорида келтирилган даво муолажалари билан бирга пробиотик хеликоцитни қабул қилган. Препаратларнинг антисекретор самарадорлиги топографик рН-метрия усулида баҳоланган. **Натижалар:** текширувлар кўрсатишича, эрадикацион даволаш усулини пробиотик билан бирга қўлланилганда антибиотик дорилар ишлатилиши натижасида юзага келадиган диспепсик ножўя асоратлар бирмунча кам учрайди. Бунинг негизида пробиотикнинг таъсири натижасида ичакда лакто- ва бифидобактерияларнинг кўпайиши ва нисбий патоген микрофлоранинг ўсишининг чекланиши ётади. **Хулоса:** янги препарат хеликоцит® юқори эрадикацион фаолликка эга, яхши ўзлаштирилади ва салбий таъсири йўқ. Ошқозон ичак йўлларининг HP ассоциацияланган касалликларида эрадикация даволаш схемасига киритиш тавсия этилади.

**Калит сўзлар:** HP инфекция, сурункали гастрит, яра касаллиги, эрадикацион даволаш, пробиотиклар.

**Objective:** Comparative assessment of the efficacy and safety of ET in an adjuvant regime, using the probiotic Helicocyte® in combination with anti-Helicobacter pylori therapy on patients with HP associated stomach diseases. **Material and methods:** 40 patients with a verified diagnosis of HP-associated chronic gastritis of type B and duodenal ulcer in the acute stage were examined, divided by random sampling into 2 groups. Patients of the 1st group took proton pump inhibitors in a double dose, amoxicillin 2.0 g per day, clarithromycin 1.0 g per day for 10 days, and bismuth tripotassium decitrate 120 mg 4 times a day. Patients of the 2nd group also took probiotic helicocyte against the background of similar therapy. **Results:** when a probiotic is included in the complex of eradication therapy, there is a significant reduction in the frequency of dyspeptic side effects from the use of antibacterial drugs. This is due to an increase in the content of lacto- and bifidobacteria in the intestine and suppression of the growth of opportunistic microflora. **Conclusion:** Helicocyte® has a high eradication activity, good tolerance and no side effects; it can be recommended for inclusion in the eradication therapy regimen for HP associated diseases of the gastrointestinal tract.

**Key words:** helicobacter pylori infection, chronic gastritis, peptic ulcer disease, eradication therapy, probiotics.

Лечение *H. pylori* (HP)-ассоциированных заболеваний желудочно-кишечного тракта остается сложной задачей ввиду отсутствия схем, гарантирующих 100% успех. Интерес ученых к недостаточной эффективности эрадикационной терапии (ЭТ) подчеркивается колоссальным количеством публикаций, включающим на сегодняшний день более 120 мета-анализов контролируемых исследований, посвященных различным аспектам данной проблемы [1]. Если в середине 90-х годов прошлого столетия эффективность указанной схемы составляла 90%, то в настоящее время во многих регионах мира редко превышает 60% [2]. Необходимым критерием эффективности используемых схем эрадикационной терапии, согласно Маастрихтским соглашениям, является степень эрадикации не менее 80% [3]. Если в начале использования стандартной «тройной» эрадикационной тера-

пии результат, получаемый в течение 7 дней, отвечает предъявляемым требованиям, то со временем эффективность этой схемы лечения стала снижаться до 65-75%. В качестве причин снижения эффективности используемых схем рассматривается резистентность *H. pylori* к антибактериальным препаратам, невыполнение больными рекомендаций по лечению, развитие побочных эффектов, связанных с приемом антибиотиков, проявляющихся нарушениями функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и ухудшающих выполнение больными рекомендаций по лечению. Это, в свою очередь, вынудило разрабатывать схемы лечения с удлинением сроков эрадикационной терапии до 10-14 дней, что в прямой пропорциональной степени связано с формированием дисбиотических изменений в кишечнике и развитием различных дисбиотических симптомов, усложняющих проведение ЭТ [4].

Одним из методов коррекции нарушения микробиоценоза при проведении ЭТ является использование пробиотических препаратов. Согласно итоговым протоколам Маастрихт V, включение пробиотиков в схему эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* приводит к повышению ее эффективности и снижению частоты возникновения нежелательных явлений, включая развитие с *H. pylori*-ассоциированной болезни (УДД 1, УУР В) [5,6].

Механизм действия пробиотиков на инфекцию *H. pylori* и их синергизма с эрадикационной терапией полностью не раскрыт. Снижение колонизационной способности НР при наличии пробиотиков показано в эксперименте. Предполагают, что пробиотические штаммы способствуют блокаде уреазы НР, снижению адгезии НР к желудочным эпителиоцитам (доказано для *Lactobacillus*) и подвижности НР.

В большинстве систематических обзоров и мета-анализов сообщается об эффективности применения пробиотиков в сочетании с эрадикационной терапией *H. pylori* в отношении увеличения процента эрадикации. Так, в мета-анализе R. Zhu и соавторов по итогам оценки 21 рандомизированных клинических исследований с числом больных 3814 уровень эрадикации *H. pylori* при использовании пробиотиков составил 80,3% по сравнению с 72,2% при проведении терапии без пробиотиков (RR1,12, 95% ДИ 1,06–1,19) [7]. Положительное влияние на эффективность лечения оказывал прием в течение более 2-х недель мультиштаммовых пробиотиков и *Lactobacillus*. При добавлении пробиотиков к эрадикационной терапии снижается количество нежелательных явлений, наблюдающихся при ее проведении. Например, по данным R. Zhu и соавт. [7], RR составил 0,60 (95%ДИ 0,40–0,91).

#### Цель исследования

Сравнительная оценка эффективности и безопасности ЭТ в адьювантном режиме с использованием пробиотика Хеликоцит® в комплексе с антихеликобактерной терапией у больных с НР-ассоциированными заболеваниями желудка.

#### Материал и методы

Были обследованы 40 больных в возрасте от 19 до 58 лет (26 мужчин и 14 женщин, средний возраст  $32,5 \pm 3,8$  года) с верифицированным диагнозом НР-ассоциированный хронический гастрит (ХГ) типа В и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в стадии обострения. Методом случайной выборки больные были разделены на две сопоставимые по полу, возрасту и особенностям клинического течения заболевания репрезентативные группы. Пациенты 1-й группы принимали ингибиторы протонной помпы (ИПП) в удвоенной дозе, амоксициллин 2,0 г в сутки, кларитромицин 1,0 г в сутки в течение 10 дней и висмут трикалия децитарат по 120 мг 4 раза в сутки. Больные 2-й группы на фоне аналогичной терапии получали также пробиотик хеликоцит (состав: лиофильно высушенная биомасса культур не менее 50 млрд живых КОЕ антагонистически антихеликобактерно активных штаммов в соотношении 1:1 = *Lactobacillus casei* & *Propionibacterium*

*avidum*). Антисекреторную эффективность препаратов оценивали с помощью топографической рН-метрии с использованием стеклянно-сурьмяных зондов и их регистрацией в микропроцессорном ацидогастрометре «АГМ-03». Диагностику и оценку эрадикации НР согласно Маастрихтским консенсам III и IV проводили двумя независимыми прямыми и непрямыми методами. Прямой метод диагностики НР заключался в определении НР в биоптатах быстрым уреазным «АМА RUT Pro» тестом (АМА, С-Петербург). Непрямой метод диагностики НР проводили неинвазивным  $C^{14}$ -уреазным дыхательным тестом (HUBT-20P *Helicobacter pylori* detector). Исследования выполняли до начала лечения и через 4 недели после окончания курса ЭТ. Содержание в желудочном соке секреторного иммуноглобулина А (sIgA) определяли методом ИФА. Полученные результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики с использованием пакета статистических программ.

#### Результаты и обсуждение

У больных ХГ при эндоскопии отмечалась картина антрального гастрита с наличием картины субатрофического и атрофического гастрита. При эндоскопическом исследовании было отмечено, что у пациентов основной и контрольных групп ЯБДПК была в стадии обострения, что выражалось гиперемией слизистой оболочки желудка (СОЖ) и наличием одиночного или двух язвенных дефектов.

Топографическая, трансэндоскопическая рН-метрия больных ХГ и ЯБДПК показала явления гиперацидности желудочного сока (табл. 1). Это выражалось в снижении показателя рН в зоне активного кислотообразования (передняя и задняя стенка тела желудка и «озерцо» ниже 2,0). В зоне кислотонейтрализации в антральном отделе желудка значения рН также были достоверно ниже, чем у здоровых лиц. У больных показатель нарушения кислотонейтрализации, состоящий из разницы значений рН тела желудка и антрального отдела желудка, при язвенной патологии был значительно ниже контроля (0,3 при ХГ и ЯБДПК и 4,5 – в контрольной группе). Это свидетельствовало о том, что при НР-ассоциированных заболеваниях желудка имеются суб- и декомпенсированные нарушения процесса нейтрализации соляной кислоты в желудочном соке. При этом ощелачивающую функцию антрального отдела считали сохраненной при рН >5 в средней трети антрального отдела. Изучение динамики течения ХГ и ЯБДПК в результате применения стандартной тройной терапии и комбинации эрадикационной терапии с хеликоцитом® показало, что у больных обеих групп наблюдаемые симптомы купировались в течение первой недели лечения. Контрольное определение рН-метрических показателей желудочного сока в динамике мы проводили через 4 недели после ЭТ во время повторной процедуры эзофагогастродуоденоскопии (табл. 1). В указанные сроки у пациентов обеих групп были достигнуты достоверные сдвиги в средних значениях рН желудочного сока. Это выразилось, прежде всего, в повышении показателя

pH в зоне активного кислотообразования («озерцо», свод желудка, передняя и задняя стенки тела желудка) до оптимальных значений (в среднем 4,0). Эти достоверные повышения значений pH в желудочном соке у больных основной и контрольной групп регистрировались примерно в одинаковой степени. pH-метрия зон активной кислотонейтрализации после курса лечения выявила некоторые достоверные различия. В данной зоне (большая и малая кривиз-

на антрального отдела, передняя стенка луковицы ДПК) оптимальным считается значение pH выше 5,0. Активность кислотонейтрализации определяется также разницей между средними показателями зон активного кислотообразования и зон кислотонейтрализации. У больных контрольной группы показатель pH желудочного сока в малой кривизне антрального отдела был менее 5,0, составляя 4,5.

Таблица 1

Показатель pH в контрольных точках у больных ХГ и ЯБДПК до (числитель) и после (знаменатель) лечения,  $M \pm t$

Локализация точек измерения	Основная группа, n=20	Контрольная группа, n=20
«Озерцо»	$1,1 \pm 0,05$ $4,5 \pm 0,06^*$	$1,05 \pm 0,05^*$ $4,6 \pm 0,07^*$
Свод желудка	$1,0 \pm 0,06$ $4,2 \pm 0,08^*$	$0,9 \pm 0,04^*$ $4,3 \pm 0,08^*$
Тело желудка, задняя стенка	$0,9 \pm 0,05$ $4,4 \pm 0,07^*$	$1,0 \pm 0,08^*$ $4,2 \pm 0,07^*$
Тело желудка, передняя стенка	$0,8 \pm 0,06$ $4,6 \pm 0,07^*$	$0,7 \pm 0,07^*$ $4,2 \pm 0,08^*$
Антральный отдел, малая кривизна	$1,6 \pm 0,08^*$ $6,6 \pm 0,06^*$	$1,5 \pm 0,07^*$ $5,9 \pm 0,05^*$
Антральный отдел, большая кривизна	$1,3 \pm 0,07^*$ $6,7 \pm 0,07^*$	$1,2 \pm 0,06^*$ $6,5 \pm 0,07^*$
Луковица ДПК, передняя стенка	$4,2 \pm 0,6^*$ $6,9 \pm 0,4^*$	$4,1 \pm 0,4^*$ $6,7 \pm 0,4^*$

Примечание. \* -  $p < 0,05$  по сравнению с данными до лечения.

Контрольные исследования по оценке эффективности использованных эрадикационных схем лечения проводили через 4 недели после ЭТ. При этом использовали как непрямой дыхательный НР-тест, так и прямой уреазный тест в биоптате СОЖ, поскольку эрадикация считалась достигнутой только при отсутствии положительного НР-теста. При этом удовлетворительным лечение признавали, когда эффективность эрадикационной схемы превышала 80%. У пациентов контрольной группы эффективность эрадикационной терапии по результатам дыхательного теста составила 75%, что на 5% ниже необходимого порога удовлетворительного эффекта (табл. 2).

Таблица 2

Показатель эффективности эрадикационных схем лечения у больных с ЯБДПК основной (числитель) и контрольной (знаменатель) групп

Показатель	Число больных
Дыхательный НР тест (-), абс. (%)	$\frac{18}{16}$ (90/80)
Уреазный НР тест (-), абс. (%)	$\frac{18}{16}$ (90/80)
Дыхательный и уреазный НР тесты (-), %	$\frac{90}{80}$

По данным уреазного теста эффективность эрадикации составила 80%, что можно было бы оценивать как удовлетворительный результат. Включение

в комплекс эрадикационной схемы лечения хеликоцида® показало лучшие результаты по этим двум тестам на НР. Так, по результатам прямого уреазного и дыхательного тестов эрадикацию удалось достигнуть у 90% больных, что можно оценивать как хороший результат.

Диспепсические симптомы, присущие дисбактериозу, включали в себя такие неспецифические жалобы как снижение аппетита, отрыжка воздухом, периодическая отрыжка, Специфичные для дисбактериоза кишечника жалобы включали диарею и неустойчивый стул по Бристольской шкале кала, соответствующих 4 и 5 баллам. Исследования показали (табл. 3), что у пациентов как основной, так и контрольной группе наиболее частыми симптомами были снижение аппетита, отрыжка воздухом и периодический метеоризм, которые были более характерными для дисбактериоза I степени.

У больных основной группы введенный рег ос пробиотик запускал «хoming эффект», в результате которого в слизистой оболочке ЖКТ увеличивалось количество плазматических клеток, синтезирующих sIgA (рисунок).

Секретируемый в полость пищеварительной трубки sIgA адсорбировался на структурах слизистой оболочки, создавая в области гликокаликса дополнительный защитный слой. Этот эффект подтверждался лабораторными исследованиями, которых показали рост содержания sIgA на 26,6% по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ).

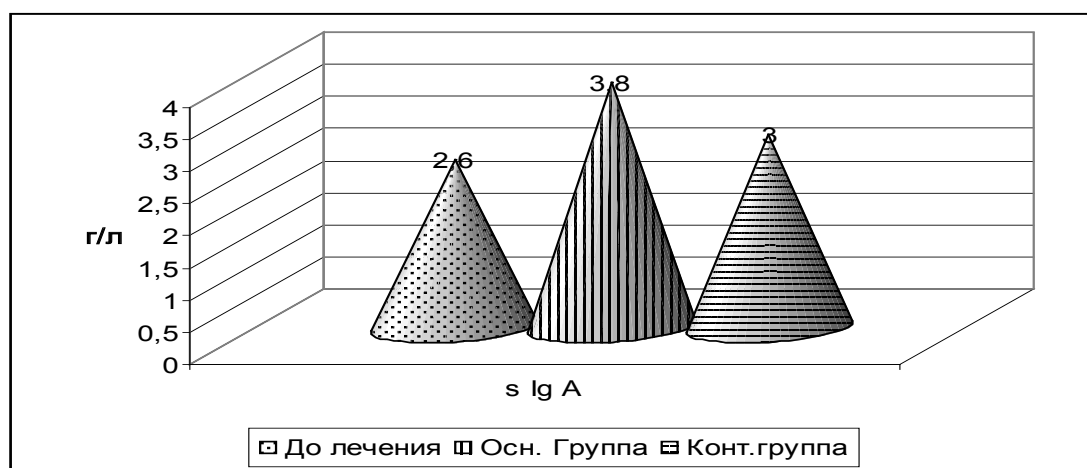
**Таблица 3**  
**Частота диспепсических синдромов у больных до (числитель) и после (знаменатель) лечения, %**

Симптом	Группа	
	основная, n=20	контрольная, n=20
Снижение аппетита	40,0/10,0	35,0/25,0
Отрыжка воздухом	30,0/5,0	30,0/35,0
Метеоризм (периодический)	25,0/4,0	25,0/35,0
Постоянный метеоризм	-/-	-/5,0
Диарея	-/-	-/5,0
Неустойчивый стул	5,0/-	5,0/20,0

Таким образом, включение пробиотика в комплекс тройной терапии способствовало решению одной из основных поставленных задач – повышению эффективности эрадикационной терапии.

Другой, не менее важной задачей данного исследования было снижение побочных эффектов эрадикационной терапии.

При изучении состояния кишечного дисбиоза дисбактериоз выявлен у 25% больных основной группы. Дисбактериоз I степени наблюдался у 20% больных контрольной группы. Следует отметить, что дисбактериоз II и III степени не обнаружен. У большинства пациентов дисбактериоз I степени протекал в субклинической форме, с минимально выраженными такими клиническими симптомами, как периодический метеоризм, послабление стула по Бристольской шкале кала, что соответствовало 4 баллам.



**Рисунок. Содержание sIgA в СОЖ у больных до и после лечения.**

По результатам бактериологического исследования фекалий, проведенного до лечения, группы пациентов достоверно между собой не различались. Характерной особенностью микробного пейзажа при дисбактериозах было более или менее выраженный дефицит бифидо- и лактобактерий, наличие которых является непременным условием правильной работы кишечника. Так, дефицит бифидобактерий и лактобактерий выявлен у 10,0% пациентов основной и у 5,0 и 10,0% – контрольной группы.

Динамику диспепсических симптомов у больных мы оценивали после начала эрадикационной терапии к концу 4-й недели. Следует отметить, что, несмотря на имеющиеся побочные эффекты в виде дисбактериоза и диспепсических симптомов, выраженность их была умеренной, случаев отмены лечения не было. В контрольной группе после проведения эрадикационной терапии число больных со снижением аппетита уменьшилось на 15%. В то же время число больных с отрыжкой воздухом увеличилось на 10,0%. Число больных с периодическим метеоризмом увеличилось на 15,0%. У одного пациента периодический метеоризм перешел в посто-

янную форму, появился диарейный синдром. Общее же число больных с диареей составило 5,0%. Число больных с неустойчивым стулом, соответствующей по Бристольской шкале кала 3 и 4 баллам, увеличилось в пять раз. У больных основной группы, принимавших пробиотик, диспепсические симптомы были выражены в меньшей степени. Например, число больных со сниженным аппетитом уменьшилось на 20,0%. Число больных, которых беспокоила отрыжка воздухом, сократилось на 20,0%. Число пациентов с периодическим метеоризмом уменьшилось на 20,0%. Случаев постоянного метеоризма, а также диареи в основной группе не отмечалось. Прием пробиотика способствовал также купированию неустойчивого стула. У больных этой группы консистенция кала соответствовала 2 и 3 баллам по Бристольской шкале.

В контрольной группе больные с дисбактериозами после эрадикационной терапии составили 45,0%, то есть число больных с дисбактериозами увеличилось на 25,0%. Если до начала эрадикационной терапии в этой группе дисбиотические изменения были только I степени, то после лечения почти у половины больных степень дисбактериоза оцени-



валась как II. А у 3 больных с ЯБДПК в процессе эрадикационной терапии сформировались дисбактериозы I и II степени.

В отличие от контроля, у больных основной группы, которые получали эрадикационную терапию в комплексе с хеликоцитом®, наблюдалась обратная картина. Так, до начала лечения дисбактериоз I степени отмечался у 25%, после курса терапии число больных с дисбактериозами уменьшилось в 2 раза, дисбактериоз сохранялся только у 10,0%. У пациентов с ЯБДПК, у которых до лечения был зарегистрирован дисбактериоз I степени, после курса лечения кишечный микробиоценоз толстого кишечника нормализовался. Проведенный анализ также показал, что 6 пациентов с имеющимся дисбактериозом I степени имели этот диагноз еще до начала лечения. Средний возраст этих больных – 48,5±4,0 года, длительность язвенного анамнеза, по поводу которого они неоднократно принимали различные антибактериальные препараты, – более 10 лет.

Изучение микробиоценоза толстого кишечника в копрограммах больных контрольной группы после лечения показало, что в большинстве случаев в результате применения стандартной тройной эрадикационной терапии отмечалось усугубление дисбиотических процессов. После проведения эрадикационной терапии число больных с дисбиотическими изменениями увеличилось в 3 раза. У больных контрольной группы в результате эрадикационной терапии зарегистрировано трехкратное снижение количества бифидобактерий (с 18,0 до 6,0%). В 3 раза уменьшилось также количество лактобактерий. В контрольной группе количество эшерихий с нормальной активностью сократилось на 26%.

Снижение уровня бифидо-, лактобацилл и эшерихий с нормальной активностью у больных этой группы сопровождалось увеличением доли условно-патогенной микрофлоры на 10%, бактериоидов в 3 раза, протей на 18%. Особенно заметно на фоне антибиотикотерапии возросло количество дрожжевых грибов – с 6 до 20%. Клинически это проявлялось появлением у 3 пациентов зуда в заднем проходе, что, по-видимому, было связано с активацией грибов рода *Candida*. Обращало на себя внимание также трехкратное увеличение количества гемолитических микроорганизмов. Следовательно, применение у больных эрадикационной терапии способствовало усугублению дисбиотических изменений.

У пациентов основной группы, у которых использовалась эрадикационная схема лечения, на фоне пробиотика наблюдалась обратная картина. Число больных с дефицитом бифидобактерий уменьшилось в 2 раза, с недостатком лактобактерий – с 10,5 до 4%. Число больных с низким уровнем эшерихий с нормальной активностью после лечения уменьшилось в 3 раза. Кроме того, отмечалось снижение активности патогенной микрофлоры толстого кишечника. Число больных с повышенным уровнем бактериоидов снизилось в 3 раза. Больных с наличием гемолитических микроорганизмов не было. Протей был выявлен только у 1 пациента.

Активность условно-патогенной микрофлоры снизилась с 8 до 2%. У пациентов этой группы не выявлены также дрожжевые грибки.

За период лечения случаев серьезных побочных эффектов не отмечалось. Препарат переносился пациентами хорошо, случаев прекращения лечения из-за каких-либо отрицательных симптомов не было.

### Заключение

Одним из перспективных направлений не только по предупреждению развития антибиотик-ассоциированных нарушений со стороны кишечной микрофлоры, но и повышения приверженности пациентов к антихеликобактерной терапии является применение пробиотических препаратов. В Практическом руководстве Всемирной организации гастроэнтерологов по применению пробиотиков и пребиотиков, а также данные мета-анализа 14 рандомизированных исследований отмечено, что дополнительное назначение к стандартной схеме эрадикации НР пробиотиков нивелирует побочные эффекты антибиотикотерапии и повышает приверженность пациентов к проводимому лечению.

Во второй половине 1990-х годов была сформулирована концепция пребиотиков, где была указана возможность одновременного назначения антимикробных препаратов и пробиотиков и есть все основания для смены парадигмы в отношении комбинации антибиотик – пробиотик. Комплексное применение этих групп лекарственных препаратов позволяет защищать нормофлору кишечника в период проведения этиотропной терапии, «нейтрализовать» побочные эффекты антибиотикотерапии, усилить saniрующий эффект антимикробных препаратов, сокращать продолжительность основных симптомов заболевания. Одной из главных предпосылок к назначению пробиотиков в комплексной терапии НР-ассоциированных заболеваний является наличие у них собственно антимикробного эффекта. При этом пробиотики могут выступать в качестве сигнальных молекул. В согласительном протоколе консенсуса Маастрихт 4 указано: **Утверждение 12:** Некоторые пробиотики и пребиотики, добавляемые в схемы эрадикации, демонстрируют многообещающие результаты в снижении частоты побочных эффектов. **Уровень доказательности: 5 Класс рекомендаций: D.** В заключении было указано: «С целью повысить эффективность лечения инфекции НР были использованы пробиотики. В 2 мета-анализах были получены аналогичные результаты, которые свидетельствуют о том, что применение пробиотиков приводит к повышению эффективности трехкомпонентной схемы, содержащей ингибиторы протонной помпы и кларитромицин. Однако необходимо отметить низкое качество некоторых исследований и ограниченное количество медицинских центров, принимавших в них участие. Это снижает обоснованность положительной рекомендации». В то же время в заключении научного общества гастроэнтерологов России (НОГР) также было указано, что «добавление некоторых пробиотиков к стандартной антихеликобактерной терапии в стан-

дартных дозах в течение одного месяца улучшает переносимость терапии, повышает эффективность эрадикации НР и комплаенс».

Проведенные нами исследования действительно показали, что при включении в комплекс лечения пробиотиков отмечается увеличение процента истинной эрадикации. Эти эффекты мы склонны связывать в первую очередь со стимуляцией продукции плазматическими клетками секреторного иммуноглобулина А. В нашем случае введенный *reg os* пробиотик запускает «хoming эффект», в результате которого в слизистой оболочке ЖКТ увеличивается количество плазматических клеток, синтезирующих sIgA. Секретируемый в полость пищеварительной трубки sIgA адсорбируется на структурах слизистой оболочки, создавая в области гликокаликса дополнительный защитный слой.

Включение пробиотика в комплекс тройной терапии повышало эффективность эрадикационной терапии. Существующие терапевтические схемы, применяемые для эрадикации НР, основаны на сочетанном применении нескольких антибиотиков и ИПП. Одновременное назначение нескольких антибактериальных препаратов не может не повлиять на микробиоценоз тонкого и толстого кишечника. Побочные явления вследствие проводимой антибиотикотерапии (диарея, тошнота, рвота, вздутие кишечника, нарушение вкусовых ощущений), которые, по разным данным, регистрируется в 18,2% случаев, часто приводят к досрочному прекращению приема антибактериальных препаратов, что обуславливает неудачную эрадикацию НР.

Наши наблюдения показали, что к моменту начала лечения у 25% пациентов основной и у 20% – контрольной группы был дисбактериоз I степени. У больных контрольной группы, принимавших стандартную тройную терапию, наблюдались случаи увеличения диспепсических явлений, которые сопровождалось появлением таких симптомов как метеоризм, чувство горечи во рту, антибиотико-ассоциированная диарея у 8 больных. В результате эрадикационной терапии мы наблюдали также увеличение случаев кишечного дисбактериоза I и II степени почти в 3 раза. Микробный пейзаж в толстом кишечнике характеризовался уменьшением количества лакто- и бифидобактерий, эшерихий с нормальной активностью. У этих пациентов отмечалась также активация бактероидов, условно-патогенной микрофлоры, гемолитических микроорганизмов и дрожжевых грибов примерно в 3 раза.

У больных же основной группы, принимавших тройную терапию в комплексе с пробиотиком, наблюдалось значительное купирование диспепсических симптомов, характеризующих наличие дисбиотических изменений в кишечнике. Также у них не было случаев развития дисбактериоза. До лечения явления дисбактериоза имели место у 12 пациентов, после лечения – у 6.

Таким образом, при применении стандартной тройной эрадикационной схемы лечения у больных с НР-ассоциированными заболеваниями усиливают-

ся или появляются такие диспепсические симптомы как отрыжка воздухом, периодический или постоянный метеоризм и нарушения стула в виде его послабления. Включение в комплекс традиционной эрадикационной схемы первой линии пробиотика способствовало купированию этих симптомов. Следовательно, применение пробиотика в комплексе с эрадикационной терапией позволяет больным не только лучше переносить антибиотикотерапию, но и способствует купированию уже имеющейся диспепсической симптоматики, наблюдаемой при НР-ассоциированных заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

#### Выводы

1. Применение пробиотика хеликоцит® в составе комплексной терапии повышает эффективность эрадикации на 10%.

2. Включение пробиотика в комплекс эрадикационной терапии способствует купированию признаков дисбактериоза и нормализации стула.

3. Дисбиотические изменения в толстом кишечнике при проведении ЭТ характеризовались выраженным уменьшением количества бифидо- и лактобактерий, эшерихий с нормальной активностью и активацией бактероидов, условно-патогенной микрофлоры, гемолитических микроорганизмов и дрожжевых грибов.

4. Комбинированная терапия с пробиотиком хеликоцитом предотвращала развитие дисбактериоза, а также способствовала коррекции имеющихся нарушений кишечного микробиоценоза.

5. Комбинированная терапия препаратом хеликоцит® способствовала увеличению sIgA на слизистой оболочке желудка и повышала ее барьерную функцию.

6. Препарат хеликоцит® показал высокую эффективность эрадикации (90%), хорошую переносимость и отсутствие побочных эффектов, что позволяет рекомендовать его для включения в схему эрадикационной терапии НР-ассоциированных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

#### Литература

1. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Инфекция *Helicobacter pylori*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с.
2. Atkinson N.S., Braden B. *Helicobacter Pylori* Infection: Diagnostic Strategies in Primary Diagnosis and after Therapy // *Dig. Dis. Sci.* – 2016. – Vol. 61, №1. – P. 19-24.
3. Chey W.D., Leontiadis G.I., Howden C.W., Moss S.F. AC Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection // *Amer. J. Gastroenterol.* – 2017. – Vol. 112, №2. – P. 212-239.
4. Maev I.V., Andreev D.N., Kucheryavyy Yu.A., Dicheva D.T. Host factors influencing the eradication rate of *Helicobacter pylori* // *Wld Applied. Sci. J.* – 2014. – Vol. 30. – P. 134-140.
5. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report // *Gut.* – 2017. – Vol. 66, №1. – P. 6-30.
6. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J. et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis // *Gut.* – 2015. – Vol. 64. – P. 1353-1367.
7. Zhu R., Chen K., Zheng Y-Y. et al. Meta-analysis of the efficacy of probiotics in *Helicobacter pylori* eradication therapy // *Wld J. Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 20. – P. 18013-18021.

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Каримов М.М., Зуфаров П.С.,  
Исламова Ш.З., Каримова Д.К.

**Цель:** сравнительная оценка эффективности и безопасности эрадикационной терапии в адъювантном режиме с использованием пробиотика Хеликоцит® в комплексе с антихеликобактерной терапией у больных с НР-ассоциированными заболеваниями желудка. **Материал и методы:** обследованы 40 больных с верифицированным диагнозом НР-ассоциированный хронический гастрит типа В и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, разделенных методом случайной выборки на 2 группы. Пациенты 1-й группы принимали ингибиторы протонной помпы в удвоенной дозе, амоксициллин 2,0 г в сут, кларитромицин 1,0 г в сут

в течение 10 дней и висмута трикалия децитрат по 120 мг 4 раза в сут. Больные 2-й группы на фоне аналогичной терапии также принимали пробиотик хеликоцит. **Результаты:** при включении в комплекс эрадикационной терапии пробиотика наблюдаются существенное снижение частоты диспепсических побочных эффектов от использования антибактериальных препаратов. Это обусловлено увеличением в кишечнике содержания лакто- и бифидобактерий и подавлением роста условно-патогенной микрофлоры. **Выводы:** препарат хеликоцит® обладает высокой эрадикационной активностью, хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов, что позволяет рекомендовать его для включения в схему эрадикационной терапии НР-ассоциированных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** хеликобактерная инфекция, хронический гастрит, язвенная болезнь, эрадикационная терапия, пробиотики.

