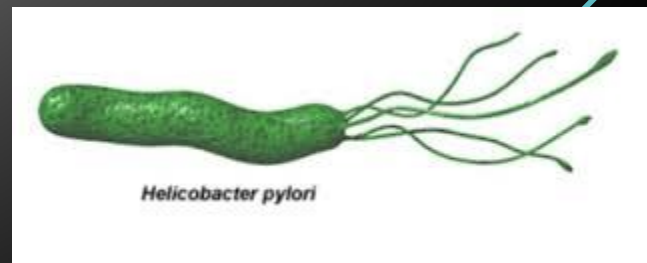


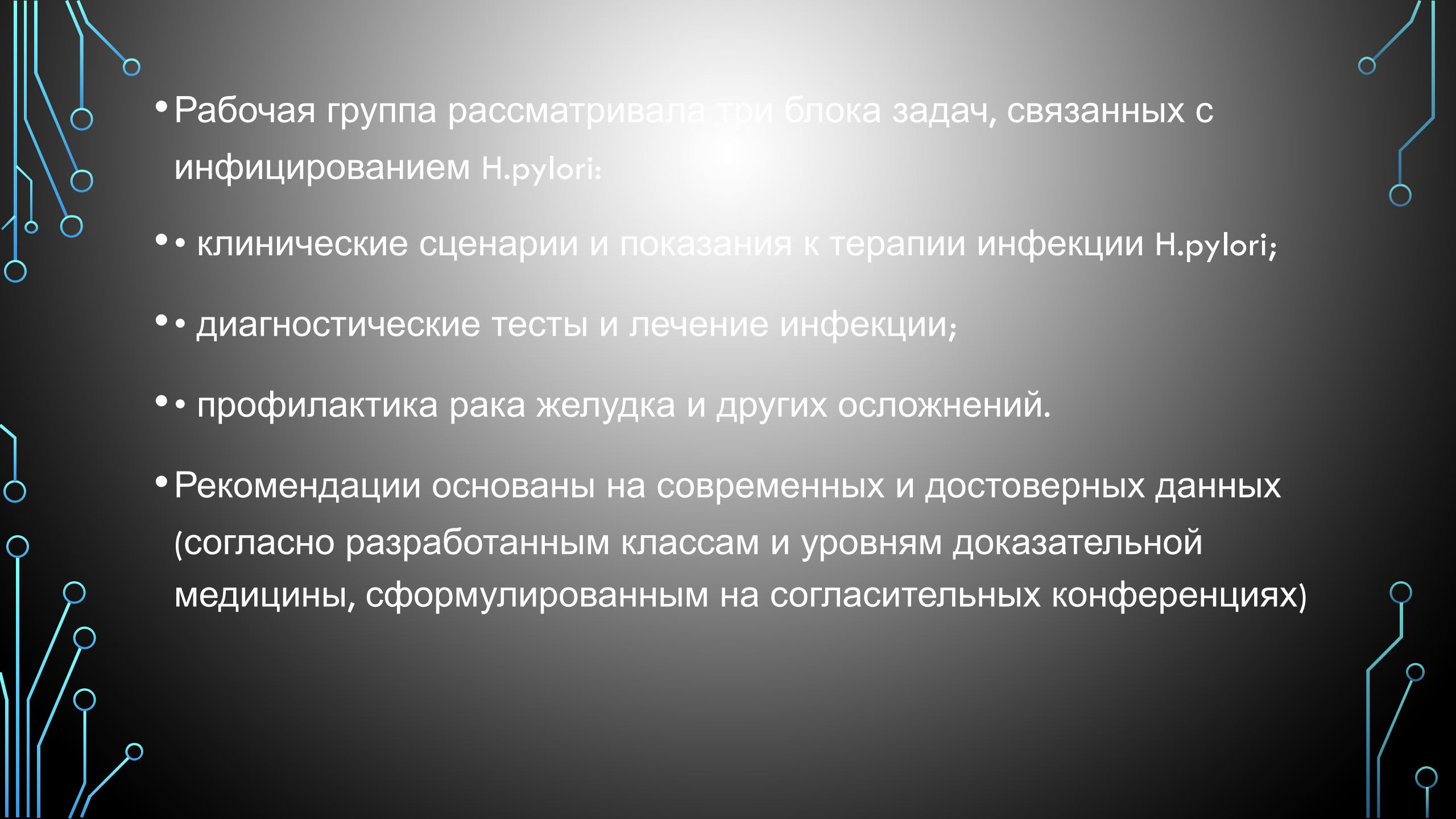
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ХЕЛИКОБАКТЕР-
АССОЦИИРОВАННЫХ
СОСТОЯНИЙ (В СВЕТЕ IV
МААСТРИХТСКИХ
СОГЛАШЕНИЙ 2010 Г.)

СТУДЕНТКА 6 КУРСА 34 ГРУППЫ
КОРЗУН ЮЛИЯ ВАЛЕРЬЕВНА

- В 1983 г. австралийские исследователи Б.Маршалл и Р.Уоррен независимо друг от друга выделили из биоптата больного хроническим антральным гастритом микроорганизм, впоследствии названный *Helicobacter pylori* (*H.pylori*). Данное открытие ознаменовало начало новой ветви развития гастроэнтерологии, заставило мировую медицинскую общественность пересмотреть ряд положений по патологии гастродуоденальной зоны и выделить группу хеликобактер-ассоциированных заболеваний. По современным представлениям, *H.pylori* является важным звеном в этиопатогенетическом развитии хронического гастрита типа В, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, МALT-лимфомы и некардиального рака желудка.

- Первые рекомендации были разработаны в городе Маастрихт в 1996 г., в связи с чем, получили свое название – «Первый Маастрихтский консенсус». По мере получения новых данных о *H.pylori*, каждые пять лет, проводится пересмотр документа, регламентирующего тактику и стратегию ведения пациентов, страдающих хеликобактер-ассоциированными заболеваниями. По традиции, все согласительные совещания не зависимо от места их проведения стали носить название Маастрихтских консенсусов. Под эгидой ENSG были проведены конференции и выработаны рекомендации Маастрихт-II (2000 г.) и Маастрихт-III (2005 г.). Последний пересмотр рекомендаций прошел в 2010 г. в городе Флоренция (Маастрихт-IV). В работе IV согласительной конференции приняли участие 44 эксперта из 24 стран.



- 
- Рабочая группа рассматривала три блока задач, связанных с инфицированием *H.pylori*:
 - клинические сценарии и показания к терапии инфекции *H.pylori*;
 - диагностические тесты и лечение инфекции;
 - профилактика рака желудка и других осложнений.
 - Рекомендации основаны на современных и достоверных данных (согласно разработанным классам и уровням доказательной медицины, сформулированным на согласительных конференциях)

КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ И ПОКАЗАНИЯ К ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ H.PYLORI

- диспепсия неуточненной этиологии (неисследованная диспепсия);
- функциональная диспепсия (ФД);
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ);
- НПВП-гастропатия;
- экстрагастроинтестинальные заболевания, ассоциированные с хеликобактерной инфекцией.

ДИСПЕПСИЯ НЕУТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ (НЕИССЛЕДОВАННАЯ ДИСПЕПСИЯ).

- При необследованной диспепсии была рекомендована стратегия диагностируй и лечи в регионах с высокой распространенностью инфекции *H.pylori* (выше 20%), у молодых пациентов без наличия так называемых симптомов «тревоги». Данная стратегия подразумевает использование неинвазивных тестов для выявления инфицированности *H.pylori*: уреазный дыхательный тест или исследование кала на наличие антигенов с применением моноклональных антител. Клинический эффект достигается при минимуме затрат (исключается эндоскопическое исследование), без психологического и физиологического дискомфорта для пациента.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ (ФД)

- При ФД эрадикационная терапия признана оптимальным и эффективным методом лечения и рекомендуется всем инфицированным пациентам. Было определено, что эрадикация *H.pylori* вызывает полное и длительное устранение симптомов ФД у 1 из 12 пациентов, с преимуществом по сравнению с другими методами лечения. При этом подчеркивалось, что инфицированность *H.pylori* может вызывать как повышение, так и снижение уровня кислотности желудочного сока, в зависимости от характера воспалительного процесса слизистой оболочки.

НПВП-ГАСТРОПАТИЯ

- В материалах соглашения есть указания на синергичное повреждающее действие *H.pylori* и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) на слизистую оболочку желудка. IV Маастрихтское соглашение рекомендует всем пациентам нуждающимся в длительном приеме НПВП, селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 или ацетилсалициловой кислоты проведение диагностики и лечения инфекции *H.pylori*. Кроме того, было подчеркнута необходимость длительного приема ингибиторов протонной помпы (ИПП) у данной категории пациентов наряду с антихеликобактерной терапией.

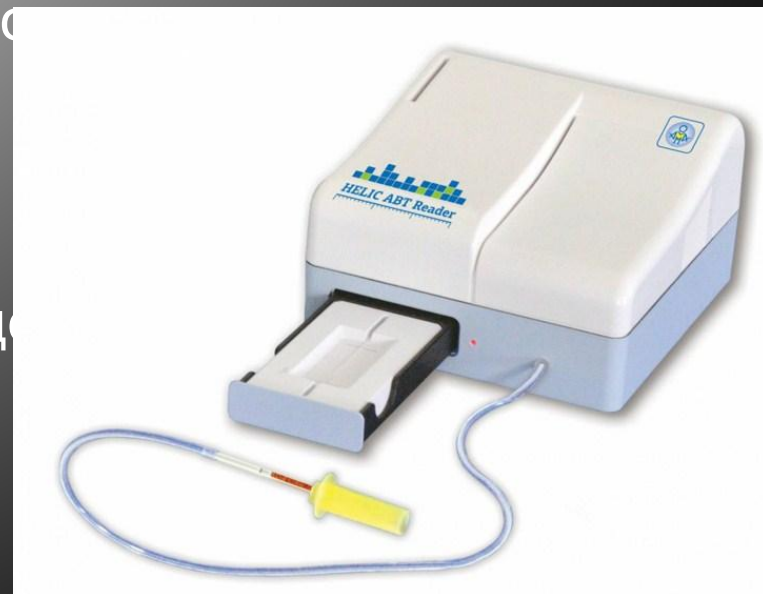
ЭКСТРАГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.

- В отношении экстрагастроинтестинальных заболеваний, имеются доказательства связи хеликобактерной инфекции с развитием железодифицитной анемии неуточненной этиологии (в 40% случаев), идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (в 50% случаев) и дефицита витамина В12 .
- Имеющиеся данные не позволяют утверждать, что между другими заболеваниями, в том числе включая болезни сердечно-сосудистой системы и неврологическими заболеваниями, существует четкая связь. Выявлена взаимосвязь *H.pylori* и ряда неврологических заболеваний: инсульта, болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона. Продемонстрирована отрицательная связь между инфекцией *H.pylori* и распространением некоторых заболеваний, таких как: астма, ожирение и аллергия в детском возрасте.
- Установлено, что у части пациентов, инфицированных *H.pylori*, эрадикация

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ H.PYLORI

- В рамках последних консенсусов рассматривался вопрос о концепциях и критериях первичной диагностики хеликобактерной инфекции. Приоритет был отдан неинвазивным методам, в первую очередь дыхательному тесту с мочевиной и анализу кала на наличие антигенов с применением моноклональных антител, была подчеркнута их фактическая эквивалентность. В ряде случаев (прием антибиотиков, ИПП, желудочно-кишечное кровотечение, атрофия слизистой желудка, рак желудка), ассоциированных со снижением бактериальной нагрузки, возможно использование серологических методик определения H.pylori. IV Маастрихтское соглашение подчеркивает большую вариабельность антигенов, используемых в коммерческих серологических тест-системах и рекомендует только стандартизированные тесты для определения Ig-G антител.
- Прием ИПП может явиться причиной ложноположительных результатов для всех диагностических методик (за исключением серологических). В связи с вышеизложенным, рекомендуется отмена приема ИПП за две недели до проведения инвазивных исследований. При невозможности отмены

- Рекомендовано использование в качестве антихеликобактерной терапии первой линии сочетание:
 - ИПП в стандартной дозе;
 - (омепразол – 20 мг, лансопразол – 30 мг, рабепразол – 20 мг, или эзомепразол – 20 мг);
 - кларитромицин (КЛР) 500 мг;
 - амоксициллин (АМК) 1000 мг или метронидазол (МТР) 500 мг
- Все препараты назначались 2 раза в день, длительно 10–14 дней.
- В качестве терапии второй линии (квадротерапию):
 - висмута трикалия дицитрат (ВСМ) 120 мг 4 раза в день;
 - тетрациклин (ТТР) 500 мг 4 раза в день;
 - метронидазол (МТР) 500 мг 3 раза в день;





- При резистентности к КЛР эффективность стандартной трехкомпонентной схемы эрадикации (включающей КЛР) значительно снижается и составляет не более 10–30%. При отсутствии эффекта на первичную терапию, при выборе второй линии терапии при проведении эндоскопии необходимо стандартное определение чувствительности к антибиотикам, что связано с высокой вероятностью резистентности к антибактериальным препаратам. При отсутствии ответа на терапию второй линии исследование чувствительности к антибиотикам проводится во всех случаях.

- IV Маастрихтский консенсус несколько расширил показания для определения чувствительности *H.pylori* к антибактериальным препаратам:

- • Перед назначением стандартной тройной терапии в регионах с высокой резистентностью к КЛР (выше 15–20%).

- • Перед назначением терапии второй линии при проведении эндоскопического исследования во всех регионах.

- • В случае неэффективности терапии второй линии.



- В регионах с высокой резистентностью к КЛР, в качестве терапии первой линии рекомендуется только терапия с препаратом висмута – квадротерапия (ИПП+МТР+ТТР+ВСМ).
- В качестве терапии второй линии рекомендуется тройная терапия с левофлоксацином: ИПП + левофлоксацин + АМК.
- Для оценки эффективности антихеликобактерной терапии используются стандартные неинвазивные тесты (дыхательный тест с мочевиной и анализ кала на наличие антигенов с применением моноклональных антител), серологические методы не рекомендуются. Результат эрадикации определяется как минимум через 4 нед после окончания лечения



ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЖЕЛУДКА И ДРУГИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- Распространенность в популяции рака желудка и высокая смертность (около одного млн человек в год) в исходе заболевания. По оценкам ряда исследователей инфицированность *H.pylori* увеличивает риск развития рака желудка примерно в шесть раз. На настоящий момент патогенетическая взаимосвязь рака желудка и *H.pylori* является предметом многочисленных исследований в области генетики, морфологии и патофизиологии. К патогенным канцерогенам принято относить факторы вирулентности бактерии, отягощенный семейный анамнез, аутоиммунную патологию, факторы питания, социально-экономические факторы.

• Выделены случаи, когда должна проводиться эрадикация для профилактики развития рака желудка:

- • диагноз рака желудка у родственников, первой степени родства;
- • пациентам с новообразованием желудка в анамнезе, которым проводилось эндоскопическое исследование или субтотальная резекция желудка;
- • пациентам, страдающим гастритом высокого риска;
- • пациентам с хроническим подавлением кислотной продукции желудка (более года);
- • пациентам имеющим внешние факторы риска рака желудка (курение, воздействие пыли, угля, кварца);
- • H.pylori-положительные пациенты, опасющиеся развития рака желудка
- Принято утверждение о необходимости разработки вакцины, так как

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Таким образом, история Европейских рекомендаций по диагностике и лечению *H.pylori* инфекции насчитывает более 15 лет. Последний период ознаменовался рядом значительных дополнений:
- • Обращает на себя внимание расширение показаний для проведения эрадикационной терапии.
- • Рост резистентности к КЛР диктует необходимость рационального использования препаратов, необходимость совершенствования и интеграции новых схем. Использование в качестве терапии первой линии квадротерапии и последовательной терапии. Введены новые схемы лечения с применением левофлоксацина для пациентов с аллергией к препаратам пенициллинового ряда, а также рассматривается вариант терапии для регионов, где препараты висмута недоступны. Использование препаратов с низким уровнем резистентности к *H.pylori*: препараты висмута, ТТР, АМК.
- • Рекомендуется использовать высокие дозы ИПП в протоколах тройной терапии первой линии.
- • Существенно укрепилась позиция сторонников профилактики рака желудка