

*Как диагностировать и лечить
инфекцию *Helicobacter pylori**



Приоритет в диагностике инфекции Helicobacter pylori отдают неинвазивным методам, в частности дыхательному тесту с ¹³C-мочевинной. Это положение было утверждено

предыдущими соглашениями и поэтому внимание экспертов было сосредоточено на роли других неинвазивных методов диагностики. В частности, было указано, что «серологический метод имеет значение для первичной диагностики Helicobacter pylori в отдельных клинических ситуациях, таких, как кровоточащая язва, выраженный атрофический гастрит, мальтома желудка, во время использования ИПП или антибиотиков».

Действительно, во всех этих ситуациях точность других методов диагностики Helicobacter pylori, как инвазивных, так и неинвазивных, существенно снижается. Так, ИПП являются причиной ложноотрицательных результатов при всех диагностических тестах, кроме серологических.

Определение антигена Helicobacter pylori в кале рассматривается как альтернатива дыхательному тесту с ¹³C-мочевиной, особенно при использовании стратегии «тест и лечение». Многочисленными исследованиями была продемонстрирована высокая чувствительность и специфичность данного метода при использовании как до, так и после лечения.

Относительно инвазивных методов было единогласно принято положение, что «положительный быстрый уреазный тест, полученный при эндоскопии у больного, не получавшего ранее антихеликобактерную терапию, является достаточным условием для проведения антихеликобактерной терапии». Это положение особенно важно для Украины, так как неинвазивные методы (дыхательный тест) в нашей стране недостаточно распространены.

Рекомендации Консенсуса касались вопросов современных подходов к лечению больных, инфицированных Helicobacter pylori. Последние данные о резистентности Helicobacter pylori к антибактериальным препаратам определяют выбор тех или иных схем эрадикации. Так, показатели резистентности штаммов микроорганизма к метронидазолу находятся сегодня в пределах 19-42% в странах Европы и 33-37% в США, снижаясь до 9-12% в Японии и, наоборот, возрастая более 50% в развивающихся странах (включая и Украину). В отношении кларитромицина эти показатели составляют в США и Японии около 13%. В Европейских странах они колеблются в широких пределах: сравнительно низкие в странах Северной (4,4%) и Центральной (8,7%) Европы, и, напротив, высокие (24%) – в странах Южной Европы. Показатели резистентности к амоксициллину и тетрациклину очень низкие и не имеют клинического значения.

Схемой эрадикации «первой линии», по-прежнему, остается тройная схема (табл. 2). Вновь было подчеркнуто, что в указанной схеме используется метронидазол вместо амоксициллина, если распространенность в популяции штаммов *Helicobacter pylori*, резистентных к метронидазолу, меньше 40%. В Украине, в большинстве случаев, метронидазол в тройной схеме не используется. Кроме того, «Консенсус Маастрихт-3» внес поправку, согласно которой тройная схема не должна назначаться, если устойчивость *Helicobacter pylori* к кларитромицину в популяции конкретного региона превышает 20%.

Альтернативой схемам тройной терапии может быть терапия «второй линии» – квадротерапия (табл. 2).

Было указано, что 14-дневные схемы не намного, но все-таки более эффективны (различие составило 12%) по сравнению с 7-дневными схемами. Однако в большинстве стран 14-дневная терапия остается нерентабельной.

Схемы лечения заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori

Терапия «первой линии»:

*ИПП в стандартной дозе 2 раза/сутки
кларитромицин по 500 мг 2 раза/сутки
амоксициллин по 1000 мг 2 раза/сутки
(или метронидазол по 500 мг 2 раза/сутки)*

Курс лечения: 7-14 дней

Терапия «второй линии»:

ИПП в стандартной дозе 2 раза/сутки

*висмута субсалицилат/субцитрат по 120 мг 4
раза/сутки*

метронидазол по 500 мг 3 раза/сутки

тетрациклин по 500 мг 4 раза/сутки

Курс лечения: 7-14 дней

*При отсутствии эффекта после двух курсов антихеликобактерной терапии следующий курс должен базироваться на определении чувствительности *Helicobacter pylori* к антибиотикам.*

*Эрадикация *Helicobacter pylori* должна определяться дыхательным тестом с использованием ¹³C-мочевины как минимум через 4 недели после окончания курса лечения. Если он недоступен, хорошей альтернативой может служить тест по определению антигена *Helicobacter pylori* в кале.*

*Какое значение имеет эрадикация *Helicobacter pylori* в профилактике рака желудка*

*Рак желудка остается глобальной проблемой здравоохранения за счет высокой заболеваемости раком желудка в развивающихся странах. *Helicobacter pylori* – один из факторов риска развития рака желудка, некардиального отдела, так как является причиной хронического гастрита, который прогрессирует в атрофический гастрит и запускает цепь событий, приводящих к раку желудка. Тем не менее, не меньший вес имеют и другие факторы, способствующие развитию рака желудка, в частности, наследственность, окружающая среда, канцерогены и т.д.*

*В основных положениях «Консенсуса Маастрихт-3» было подчеркнуто, что эрадикация *Helicobacter pylori* потенциально может уменьшить риск развития рака желудка, и проведение ее обосновано в специально отобранных группах больных с повышенным риском. Оптимальные сроки такой профилактической терапии – до возникновения атрофии и кишечной метаплазии. Однако глобальное применение подобной профилактики ограничено существующими способами лечения инфекции.*