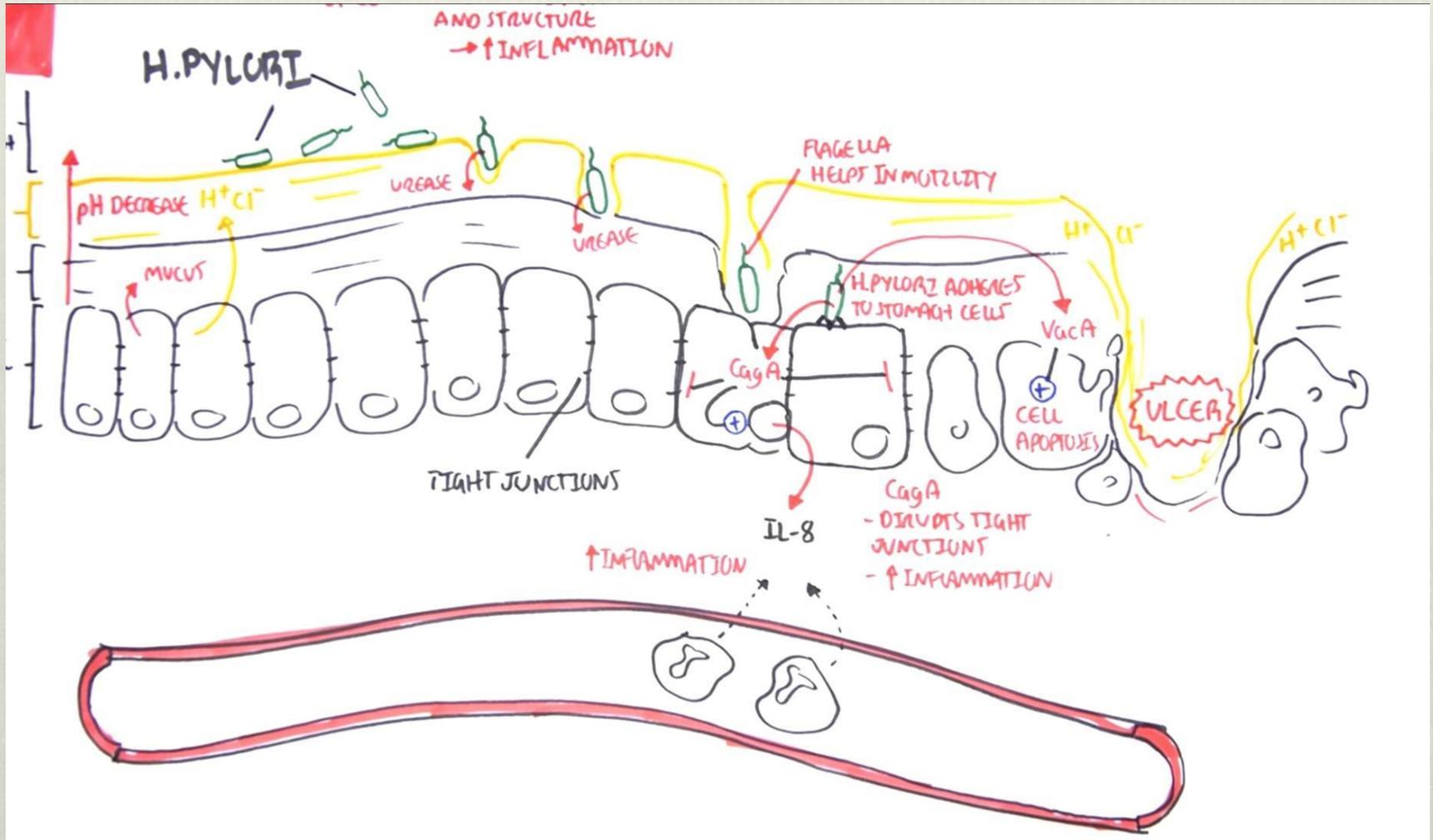


Helicobacter pylori

Немного о хеликобактере

- ❖ Гр-отрицательная
- ❖ Продуцирует *уреазу*, защищающую её от кислого желудочного содержимого, а так же *протеазу*, *фосфолипазу* и *муциназу*, которые вызывают деполимеризацию и растворение защитного слизистого геля на поверхности эпителия и повреждение слизистых оболочек + экзотоксины
- ❖ Содержит ЛПС, стимулирующий секрецию пепсиногена

Патогенез



- ❖ *H. pylori*-ассоциированный гастрит – это инфекционное заболевание, которое приводит к хронизации активного гастрита различной тяжести фактически у всех зараженных субъектов



Последовательность изменений

1. Атрофический гастрит
2. Кишечная метаплазия
3. Интраэпителиальная неоплазия

Кого обследовать?

- ❖ Пациентов с язвенной болезнью желудка
- ❖ MALT-лимфома желудка низкой степени злокачественности
- ❖ Эндоскопическая резекция по поводу раннего РЖ
- ❖ Необследованная или функциональная диспепсия
- ❖ Людей, которым назначаются для длительного приёма АСК и НПВС
- ❖ Людям с неясной этиологией ЖДА

Методы диагностики:

- ❖ Уреазный дыхательный тест
- ❖ Серологические тесты
(определение антител к *h. pylori*)
- ❖ Эндоскопическая диагностика
(биопсия с гистологией)
- ❖ ПЦР

Кого лечить?

❖ Киотская конференция даёт следующий ответ:

«H.pylori-инфицированным пациентам должна быть предложена эрадикационная терапия, если ее проведение не затрудняют какие-либо другие факторы, например сопутствующие заболевания, высокая частота реинфекции в обществе, другие приоритеты здравоохранения в данном обществе либо финансовые аспекты»

НО!

- ❖ В Маастрихт V/Флорентийском консенсусе при обсуждении лечения хеликобактерной инфекции впервые указывается на необходимость учета сердечно-сосудистых эффектов кларитромицина. Речь идет о том, что макролидные антибиотики повышают смертность от острой кардиологической патологии.

- ❖ Механизм кардиотоксического эффекта макролидов связан с блокированием специфических калиевых каналов (IKr) в сердце (увеличивается риск желудочковой тахикардии)
В другом разделе консенсуса указывается также на развитие резистентности к макролидам после курса эрадикационного лечения. Это касается *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* и *S. aureus*. Поэтому при развитии инфекций нижних дыхательных путей это гипотетически может сыграть негативную роль, однако такие исследования не проводились. Аналогичные рассуждения логичны для фторхинолонов.

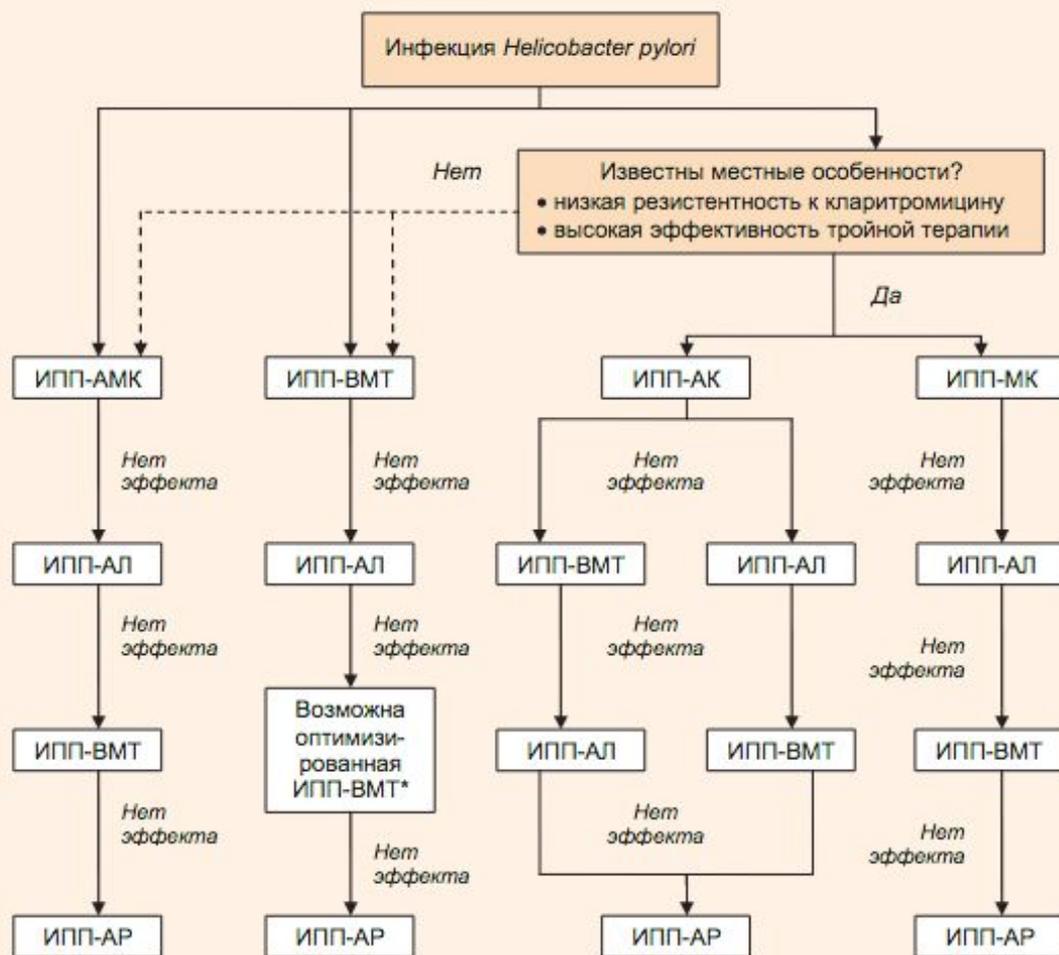
Схемы эрадикации

Выбор схем эрадикации стал ещё обширнее, главная проблема – выбор и последовательность их применения.

Антибиотики, к которым чаще всего стала развиваться резистентность:

- ❖ **Кларитромицин**
- ❖ **Фторхинолоны**
- ❖ **Нитроимидазолы**

Рисунок. Алгоритм выбора эрадикационной терапии в соответствии с Торонтским (2016) консенсусом



Обозначения эрадикационных протоколов: ИПП-АМК – ИПП (ингибитор протонной помпы) + амоксициллин + метронидазол + кларитромицин; ИПП-ВМТ – ИПП + препарат висмута + метронидазол + тетрациклин; ИПП-АК – ИПП + амоксициллин + кларитромицин; ИПП-МК – ИПП + метронидазол + кларитромицин; ИПП-АЛ – ИПП + амоксициллин + левофлоксацин; ИПП-АР – ИПП + амоксициллин + рифабутин

* Часть экспертов предпочитает использование протокола с рифабутином

Стандартная тройная схема

- ❖ **ИПП** (омепразол, пантопразол, лансопразол) – 2 р/сутки
- ❖ **Кларитромицин** (500 мг 2 р/сутки)
- ❖ **Амоксициллин** 1000 мг/ метронидазол 500 мг 2р/сутки)

На протяжении 14 дней

Когда рекомендовано? – в регионах с низкой резистентностью к кларитромицину или же при отсутствии индивидуальной резистентности

Стандартная висмут-содержащая квартотерапия

- ❖ ИПП в стандартной дозе 2 раза в день
- ❖ Субцитрат висмута 120 мг 4 раза в день
- ❖ Тетрациклин 500 мг 4 раза в день
- ❖ Метронидазол 500 мг 3 раза в день

Терапия проводится 10-14 дней

Вторая линия терапия/первая при установленной резистентности к кларитромицину

Тройная терапия с рифабутином

- ❖ ИПП в стандартной или удвоенной дозе
- ❖ Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день
- ❖ Рифабутин 300 мг 1 раз в день (или рифабутин 150 мг 2 раза в день)

Терапия длится 10 дней и это *финишный вариант* при безуспешности предшествующих линий эрадикации

LOAD-протокол

- ❖ Омепразол 40 мг 1 раз в день
- ❖ Левофлоксацин 250 мг 1 раз в день
- ❖ Нитазоксанид (антипротозойное) 500 мг 2 раза в день
- ❖ Доксциклин 100 мг

10-дневная терапия

Показал 90% эффективность в рандомизированных исследованиях и всё чаще используется в США (против 73% при стандартной тройной терапии кларитромицином)

Спасибо за внимание!

