

Сучасний алгоритм ведення пацієнтів з *Нр*-асоційованим гастритом: на що слід звернути увагу

Інфекція *Helicobacter pylori* (*Нр*) відома людству уже понад 30 років. За цей час актуальність проблеми *Нр*-асоційованого гастриту стрімко зростає, що зумовлено великою поширеністю захворювання (за даними різних авторів, близько половини населення світу інфіковані *Нр*) та високим ризиком розвитку ускладнень (виразкової хвороби, атрофічного гастриту, аденокарциноми шлунка або MALT-лімфоми). Згідно з Київським консенсусом 2015 р. та Маастрихтським консенсусом V 2016 р. хелікобактерний гастрит вважається інфекційним захворюванням (незалежно від симптомів і стадії захворювання), що є підставою для зміни ставлення лікарів до цієї нозології та застосування нової стратегії лікування таких пацієнтів. Основна мета терапії *Нр*-асоційованого гастриту – це ерадикація збудника, тому вибір схеми лікування повинен ґрунтуватися на кількох позиціях, представлених у цій статті.

Сьогодні досить складно оцінити реальну поширеність *Нр*, адже дані різних авторів коливаються у широких межах: у Німеччині інфіковано близько 20-40% населення (W. Fischbach, P. Malfertheiner et al., 2017), а в Росії – 65-92% (В.Т. Івашкин, 2017). В Україні відсутні епідеміологічні дані щодо поширеності хелікобактерної інфекції, проте, зважаючи на епідеміологічну ситуацію у світі та навколишніх регіонах, можна припустити, що поширеність бактеріального гастриту у нашій державі є високою.

І *Нр* викликає хронічний гастрит у всіх інфікованих людей. У зв'язку з віднесенням хелікобактерного гастриту до переліку інфекційних захворювань, у Маастрихтському консенсусі V запропоновано термін «бактеріальний гастрит».

У таких пацієнтів існує високий ризик розвитку виразкової хвороби, атрофічного гастриту, аденокарциноми шлунка, які часто є причиною тимчасової чи навіть постійної втрати працездатності. Тому проведення успішної ерадикації *Нр* вирішує не лише медичну, але й соціально-економічну проблему.

Для діагностики хелікобактерної інфекції використовуються неінвазивні та інвазивні методи дослідження. До першої групи досліджень належать уреазний дихальний тест, визначення фекальних антигенів до *Нр* з використанням моноклональних антитіл, серологічні тести. Інвазивним методом є ендоскопія ЖКТ та біопсія з подальшим вивченням біоптату (цитологічне, гістологічне). Також можуть застосовуватися швидкий уреазний тест, фазово-контрастна мікроскопія, бактеріологічні методи дослідження, полімеразно-ланцюгова реакція. Важливою умовою отримання достовірних результатів дослідження є припинення антисекреторної терапії інгібіторами протонної помпи (ІПП) мінімум на 2 тижні, відміна антибіотиків і препаратів вісмуту за 4 тижні до обстеження.

Для ведення молодих пацієнтів із диспептичними явищами актуальною є стратегія test-and-treat, яка передбачає ідентифікацію збудника з подальшою його ерадикацією (A.C. Ford, M. Qume, P. Moayyedi et al., 2005). Найбільш підходящим методом для верифікації *Нр* є ІЗС-уреазний дихальний тест, який характеризується високою чутливістю та специфічністю. Однак при наявності у пацієнта тривожних симптомів (втрати маси тіла, анемії, дисфагії, кровотечі тощо) обов'язковим є проведення ендоскопічного дослідження шлунково-кишкового тракту (ШКТ). У пацієнтів старшого віку та в осіб із високим ризиком виникнення раку шлунка також рекомендоване ендоскопічне дослідження ШКТ (Y. Niv et al., 2004).

При вирішенні питання щодо потреби у призначенні додаткових методів дослідження звертається увага на поширеність

Нр у регіоні. Україна, імовірно, належить до регіонів із високою поширеністю хелікобактерної інфекції, тому використання неінвазивних методів ідентифікації *Нр* рекомендовано:

- пацієнтам віком <60 років із проявами диспепсії;
- особам, які приймають малі дози аспірину протягом тривалого часу;
- при наявності залізодефіцитної анемії невідомої етіології;
- особам, які приймають нестероїдні протизапальні препарати.

Кращим методом дослідження для підтвердження ерадикації *Нр* є уреазний дихальний тест. Як альтернатива може використовуватися моноклональне дослідження калу на наявність антигенів *Нр*. Ефективність терапії потрібно оцінювати не раніше ніж через 4-8 тижнів після закінчення лікування.

І Верифікація хелікобактерної інфекції є показанням для проведення ерадикаційної терапії, основним компонентом якої є антибіотик.

Серед варіантів терапії без застосування вісмуту використовуються такі схеми: стандартна (ІПП + кларитроміцин + амоксицилін), послідовна (ІПП + амоксицилін протягом 5-7 днів із подальшим переходом на ІПП + кларитроміцин + метронідазол), поєднана (ІПП + амоксицилін + кларитроміцин + метронідазол) та гібридна (ІПП + амоксицилін протягом 5-7 днів із подальшим переходом на ІПП + амоксицилін + кларитроміцин + метронідазол). Як альтернатива також можливе використання класичної схеми квадротерапії з препаратом вісмуту (препарат вісмуту + ІПП + тетрациклін + метронідазол) або без нього (ІПП + амоксицилін + кларитроміцин + метронідазол), включення у схему фторхінолону (ІПП + амоксицилін + левофлоксацин). У разі неефективності цих схем розглядається можливість включення у схему інших антибіотиків чи рифабутину.

І Важливим критерієм вибору тієї чи іншої схеми ерадикації є визначення чутливості *Нр* до антибактеріальних засобів.

Сьогодні спостерігається тенденція до зниження чутливості *Нр* до основних груп антибіотиків, які використовуються для лікування пацієнтів із бактеріальним гастритом. Найбільше значення у виборі схеми ерадикації *Нр* має регіональна резистентність бактерії до кларитроміцину. Наприклад, в Італії та Японії резистентність *Нр* становить близько 30%, у Туреччині – 40%, у Китаї – 50%, у Швеції та Тайвані – 15%. У разі, якщо пацієнт раніше отримував один з основних антибіотиків, необхідно визначити індивідуальну чутливість *Нр* до нього, навіть якщо регіональна резистентність є низькою.

Згідно з Маастрихтським консенсусом V залежно від ступеня резистентності *Нр* застосовують такі схеми ерадикаційної терапії:

- при низькій резистентності до кларитроміцину – стандартна трикомпонентна терапія (ІПП + кларитроміцин + амоксицилін);
- при низькій резистентності до метронідазолу – трикомпонентна терапія (ІПП + амоксицилін + метронідазол);
- при низькій резистентності до кларитроміцину та метронідазолу (<15%) – квадротерапія з/без препарату вісмуту;
- при високій резистентності до кларитроміцину та метронідазолу (>15%) – квадротерапія з препаратом вісмуту.

Точних даних щодо резистентності *Нр* до антибіотиків в Україні немає, проте сучасники припускають, що прогнозована резистентність становить <15% до кларитроміцину і >30% до метронідазолу (С.М. Ткач, 2017). Тому для українських пацієнтів із бактеріальним гастритом рекомендоване застосування стандартної трикомпонентної терапії (ІПП у стандартній

дозі + кларитроміцин 0,5 г 2 р/д + амоксицилін 1,0 г 2 р/д).

Після того як лікар визначив схему антихелікобактерної терапії, яка буде ефективною у конкретному клінічному випадку, необхідно обрати дієві, безпечні та доступні лікарські засоби.

І Одним з основних компонентів рекомендацій Маастрихтським консенсусом V схем є напівсинтетичний бета-лактамний антибіотик широкого спектру дії амоксицилін.

Успішна ерадикація *Нр* не лише приводить до усунення запального процесу у шлунку, але суттєво зменшує ризик атрофії слизової оболонки шлунка. Оскільки *Нр* принаймні у 90% пацієнтів асоційований із раком шлунка, то усунення інфекції слід розглядати як профілактику цього онкологічного захворювання.

Отже, ефективність ерадикаційної терапії при хелікобактерній інфекції залежить від чутливості бактерії до основних протимікробних препаратів. Проблема антибіотикорезистентності торкнулася і *Нр*, особливо у відношенні кларитроміцину. Проте свої позиції утримує амоксицилін, який входить у найбільш популярні й ефективні схеми ерадикаційної терапії.

Підготувала Ілона Цюпа



ОСПАМОКС ДТ

ПРЕПАРАТ ПЕРШОГО ВИБОРУ* ПРИ ГОСТРИХ ТОНЗИЛИТАХ ТА БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ГРВІ^{2,3}

ЕФЕКТИВНІСТЬ¹
Висока біодоступність

БЕЗПЕКА
Низький ризик виникнення діарей^{5,6}

ЗРУЧНІСТЬ ПРИЙОМУ
Можливість розчинити таблетку та вжити у вигляді розчину²

НОВА УПАКОВКА №20!!!

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ОСПАМОКС (ОСПАМОКС®) ДТ
Діюча речовина: амоксицилін. 1 таблетка містить амоксициліну 500 мг або 1000 мг у формі амоксициліну тригідрату. Лікарська форма: Таблетки, що диспергуються. Фармакотерапевтична група: Протимікробні засоби для системного застосування. Бета-лактами антибіотики. Пеніциліни широкого спектра дії. Амоксицилін. Код АТХ: J01CA04. Показання: Амоксицилін призначений для лікування таких інфекцій: гострий бактеріальний синусит; гострий отит середнього вуха; гострий стрептококовий тонзиліт і фарингіт; загострення хронічного бронхіту; негостра пневмонія; гострий цистит; безсимптомна бактеріурия у період вагітності; гострий пієлонефрит; тифозна і паратифозна лихоманка; дентальні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції протезування суглобів; ерадикація *Helicobacter pylori* (у складі комбінованої терапії); жовроба Лямія. Препарат застосовують для лікування та профілактики ендокоридитів. Діти. Препарат у вигляді порошку для оральної суспензії призначають дітям від народження. Дітям від 12 років можна застосовувати інші лікарські форми препарату – таблетки, таблетки, що диспергуються. Категорія відпуску: За рецептом. РП UA/5975/04/01; UA/5975/04/03.

*Під "препаратом першого вибору" мається на увазі молекула амоксициліну.
1. HJ Guo et al. Journal of Huazhong University of Science and Technology. 22 (3): 224-227, 2002. 2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу. 3. Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. №128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пulмонологія». 4. Л.В. Богун. Оспамокс: Нові підходи к дозуванню Амоксициліну // Новітні медицини і фармації. – 2008. – №5 (237). 5. Gillies M et al. Common harms for amoxicillin: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials for any indication. CMA J. 2015; 187(1): E21-3. 6. Kaur S.P. et al. Amoxicillin – a broad spectrum antibiotic. Int. J. of Pharm Pharm Sci. 2011; 3(3): 30-37.
Лікарські засоби мають протипоказання та можуть викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Перед застосуванням лікарського засобу необхідно проконсультуватися з лікарем та обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30, drugs_safetyukraine@novartis.com, www.sandoz.ua. ТОВ «Сандоз Україна» м. Київ, пр. С. Бандери, 28-А (піт. Г). Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. 4-07-001-АИФ-0818

SANDOZ A Novartis Division