

Современные стандарты оптимизации антихеликобактерной терапии

По материалам регионального совещания-семинара
«Междисциплинарный подход в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний согласно рекомендациям и протоколам европейского уровня», 4 декабря 2018 года, г. Днепр

Инфекция *Helicobacter pylori* (HP) сегодня является междисциплинарной проблемой.

Необходимость проведения эрадикационной терапии возникает в практике не только гастроэнтеролога, но и специалистов другого профиля.



О современных подходах к эрадикации HP-инфекции и выборе оптимальной стартовой терапии в своем докладе рассказал директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (г. Днепр), доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов.

Проведение эрадикационной терапии регламентировано двумя ключевыми международными документами: Киотским глобальным консенсусом по HP-ассоциированному гастриту (2014) и V Маастрихтским консенсусом по лечению HP-инфекции (2016). Одним из важных положений Киотского консенсуса является указание на устаревшую классификацию гастрита в Международной классификации

болезней 10-го пересмотра, которая была принята еще до открытия HP-инфекции и не содержит упоминаний о хеликобактериозе. Этиологическая классификация гастрита более предпочтительна, поскольку риск развития рака желудка (РЖ) и пептической язвы связан с видом гастрита. HP-ассоциированный гастрит должен быть выделен в отдельную категорию, так как риск РЖ при хеликобактерном гастрите варьирует в зависимости от распространенности, степени воспаления и атрофии. При этом морфологическая верификация диагноза является обязательной для постановки диагноза гастрита. HP-ассоциированный гастрит следует рассматривать как инфекционное заболевание даже у бессимптомных пациентов независимо от наличия осложнений (РЖ, пептические язвы). Эрозии желудка, которые могут быть началом язвенной болезни или самостоятельными элементами, должны учитываться отдельно

от гастрита. Течение и клиническое значение гастродуоденальных эрозий зависят от этиологии и нуждаются в дальнейшем классифицировании.

Морфологическое состояние слизистой напрямую связано с риском развития РЖ. Как показывают результаты исследований, при наличии атрофического гастрита риск РЖ в течение 10 лет составляет 0,8%, при кишечинальной метаплазии — 1,8%, умеренной дисплазии — 3,9%, тяжелой дисплазии — 32,7%. Выявление тяжелой дисплазии у пациента является поводом для активного лечения (мукозэктомия). Нельзя допустить формирования РЖ у пациента, поэтому одного динамического наблюдения недостаточно.

Эрадикация HP-инфекции приводит к снижению риска развития РЖ. Поэтому всем пациентам, инфицированным HP, должна быть предложена эрадикационная терапия независимо от других обстоятельств. Максимальную пользу от эрадикации HP получают пациенты, которые не имеют атрофии слизистой желудка. Степень снижения риска развития РЖ зависит от тяжести и распространенности атрофического поражения. Результат лечения всегда должен быть проконтролирован (предпочтительно посредством неинвазивных методов). Эрадикация HP не может полностью устранить риск развития РЖ. Пациенты, имеющие распространенную тяжелую атрофию, подлежат эндоскопическому и гистологическому наблюдениям.

Эрадикация HP-инфекции должна проводиться в соответствии с наиболее эффективными региональными терапевтическими схемами. Согласно V Маастрихтскому консенсусу, оптимальной стратегией лечения HP-инфекции является так называемая стратегия «обследуй и лечи» (test-and-treat strategy). Она подразумевает применение неинвазивных методов диагностики (оптимально — определение антигена HP в кале) и последующее лечение в случае положительных результатов.

В странах Восточной Европы, в том числе и в Украине, актуальной антихеликобактерной терапией первой линии остается классическая тройная терапия, включающая ингибитор протонной помпы (ИПП), амоксициллин (незащищенный) и кларитромицин. Альтернативной схемой является квадротерапия с висмутом. Включение в терапию препаратов коллоидного висмута и пробиотиков может повысить эффективность эрадикации и улучшить переносимость антибиотикотерапии.

Одно из обязательных условий успешного антихеликобактерного лечения — правильно подобранные ингредиенты тройной терапии. Как кларитромицин, так и амоксициллин эффективно работают только в щелочной среде. Поэтому выбор эффективного ИПП в конечном итоге является залогом успешного лечения. Пантопразол — один из наиболее изученных ИПП, который обеспечивает высокую степень эрадикации HP и имеет наименьший риск межлекарственных взаимодействий. Пульцет® — препарат пантопразола европейского качества, который также содержит симетикон. Благодаря симетикону уменьшается образование пены вокруг таблетки при ее растворении в желудке. Поэтому таблетка быстрее растворяется и начинает действовать.

Кларитромицин является важнейшим компонентом тройной терапии. Известно, что бактерия HP способна формировать биопленки. Наличие биопленки позволяет бактериям выживать в неблагоприятных условиях желудка и защищаться от действия антибиотиков. Кроме того, биопленки являются источником хронического инфекционного процесса. Кларитромицин разрушает матрикс бактериальных биопленок и обеспечивает доступ антибиотика к бактериям.

Особенностью действия кларитромицина является активация иммунной системы организма. Кларитромицин ингибирует образование провоспалительных цитокинов (интерлейкин-1, -6, -8, фактор некроза опухоли-α) и стимулирует образование противовоспалительных (интерлейкин-2, -4, -10). Подобное комплексное действие повышает эффективность терапии и обеспечивает более быстрый регресс симптомов в сравнении с другими антибиотиками. В стандартных схемах эрадикационной терапии может быть рекомендован Клабел® — препарат кларитромицина, представленный на украинском рынке компанией Nobel. Клабел® сочетает в себе высокое качество и оптимальную цену.

Таким образом, эрадикационная терапия должна быть предложена всем пациентам, у которых выявлена HP-инфекция. Эрадикация HP снижает риск развития РЖ. Классическая тройная схема антихеликобактерной терапии остается актуальной в Украине. Выбор оптимального ИПП (Пульцет®) и качественного антибиотика (Клабел®) в конечном итоге обуславливает эффективность лечения. Добавление препаратов висмута и пробиотиков к стандартной терапии способно повысить эффективность эрадикации.

Подготовила Мария Марчук



Пульцет®
Пантопразол 40 мг 14 та 28 таблеток

Має інтелект¹

Симетикон в складі кишковорозчинної оболонки таблетки «Пульцет» сприяє всмоктуванню пантопразолу в 2 рази скоріше, ніж при прийомі іншого пантопразолу²

Зовнішня оболонка (кислотно-резистентна оболонка)

Кишково-розчинна оболонка (емульсія симетикону)

Діюча речовина (пантопразол), допоміжні речовини

Клабел®
Кларитромицин 500 мг, №14

Висока якість Клабелу доведена компанією Pharmakin GmbH (Німеччина)³

Оригінальність упаковки Клабел захищена голографією

Ефективність схем ерадикації⁴

Схема	Тривалість лікування, дні	Успішність лікування, %
ІПП, кларитромицин, орнідазол	7	90,4 ± 4,1
ІПП, кларитромицин, метронідазол	7	88,6 ± 4,3
ІПП, кларитромицин, амоксицилін	7	86,1 ± 5,8
ІПП, тетрацилін, вісмуту субцитрат, фуразолідон	10	93,3 ± 3,0

Коротка інструкція Пульцет®: Склад: 1 таблетка містить пантопразолу натрію сесквігідрату в перерахуванні на пантопразол 40 мг. Допоміжні речовини: емульсія симетикону та ін. Фармакологічні особливості: Засоби для лікування пептичної виразки та гастроїзогастральної рефлюксної хвороби. Покращення рефлекс-ефекту середнього та нижнього сфінктера шлунка. Ерадикація Helicobacter pylori, видалення дванадцятипалої кишки, виразка шлунка, при синдромі Золінгера-Елісона та інших патологіях гіперсекреторних станів. Побічні реакції: біль та дискомфорт у животі, діарея, запор, нудота, сухість у роті та ін. Літатура: 1. Матсьяк на увазі високої pH-сензитивності. Пантопразол: достатній сирій силіцій. Шулцекова Ю.О. Болізни органів травлення. - М: 2011. - С.1782-1786. 2. Рациональное ведение пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и перелючим заболеванием. Чернышова В.В. - Сучасна гастроентерологія. - 2014. - №5. - С.101-106. 3. Карлика інструкція Клабел®: Склад: Кларитромицин 500 мг. Фармакологічні особливості: Антибіотик макролід та азалід. Показання: Ерадикація H. pylori у пацієнтів з виразкою дванадцятипалої кишки. Протипаразитна: підвищує чутливість до кларитромицину, макролідів антибіотиків та до інших компонентів препарату. Спосіб застосування та дози: за призначенням лікаря. Побічні реакції: кларитромицин зазвичай добре переноситься. Напастими побічними реакціями є біль у животі, нудота та ін. Категорія підпуску: За рецептом. РН: UA/7034/01/01 (термін р.н. не обмежений з 11.10.2017). Літатура: 1. Матсьяк на увазі травля першої лінії. Ефективність і лікування інфекції H. pylori - огляд систематичної конференції Маастрихт IV/Флоренція II. Бессин, протипроцедури. 2. Співвідношення. 3. Clinical performance report on determination of the oral bioavailability of claritromycin 500 mg film tablets, manufactured Nobel (a/s, Sanofi) vs. Klabele A.S. in comparison with Biaxol® HP 500 mg film tablets (Abbott - Germany) using an open-label, 2-period crossover, randomized block design in healthy subjects. 3. Сучасні аспекти та підходи лікування Helicobacter pylori-асоційованих захворювань. Чернышова В.В. - Сучасна гастроентерологія. - 2017. - №4. - С.56-60. Інформація для фахівців медицини та фармацевти, а також для поширення на семінарах. Конференція з медичної практики. За додатковою інформацією звертайтеся до компанії Nobel в Україні: 04074 Київ, вул. Автомагістраль, 2. А тел: (044) 5802064, www.nobel.com.ua