

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»[©]®

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, завідувача кафедрою госпитальної терапії №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, директор Інституту терапії ім. Л.Т. Малої АМН України
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик АМН України, член-корреспондент НАН і РАМН, заступник директора по науковій роботі Інституту геронтології АМН України
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, завідувач кафедрою акушерства і гінекології №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- А.П. Вікторов**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології лабораторії функціональної діагностики ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» АМН України
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Інституту сексопатології і андрології, головний сексопатолог МЗ України
- Ю.І. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, завідувач кафедрою біоорганічної, біологічної і фармацевтичної хімії НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, директор Інституту отоларингології ім. А.І. Коломийченка АМН України, головний отоларинголог МЗ України
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор кафедр нефрології Національної медичної академії послідипломного освіти ім. П.Л. Шупика, головний дитячий нефролог МЗ України
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» АМН України, головний терапевт, кардіолог, ревматолог МЗ України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інституту ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко АМН України
- В.Г. Майданник**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, завідувач кафедрою педіатрії НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, керівник відділу профілактики і лікування сахарного діабета, заступник директора Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії і трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- Ю.М. Мостовий**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медичного університету ім. Н.І. Пирогова МЗ України
- В.З. Нетяженко**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх захворювань №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, завідувач відділом реанімації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» АМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, директор Інституту очних захворювань і тканинної терапії ім. В.П. Філатова АМН України
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату Інституту геронтології АМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик АМН України, віце-президент АМН України, заступник директора Інституту отоларингології ім. А.І. Коломийченка АМН України
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик АМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відділом токсикології Інституту медицини праці АМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАН і АМН України, директор Інституту ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко АМН України
- Ю.І. Фещенко**, д.м.н., професор, академик АМН України, директор Інституту фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, головний пульмонолог і фізіатр МЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою гастроентерології і дієтології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України, головний гастроентеролог МЗ України
- В.І. Цымбалюк**, д.м.н., професор, член-корреспондент АМН України, заступник директора Інституту нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова АМН України
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МЗ України

Медична газета «Здоров'я України»

Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»

Учредитель – Издательский дом «Здоров'я України»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Ігорь Іванченко**

Издатель – ООО «Здоровье Украины»

Свідоцтво №14867-3838Р від 15.01.2009 р.
Передплатний індекс 37635

Редакція може публікувати матеріали, не розділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв і інших свідчень відповідають автори. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодатель.

— матеріали, публікуємі на правах реклами.

— авторські матеріали.

Перепечатка матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Адрес для писем:

ул. Народного Ополчення, 1, г. Киев, 03151.

E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактні телефони:

Редакція 391-54-71, 391-54-77

Відділ реклами 391-54-72, 391-54-73(74)

Відділ підписки і розповсюдження 455-92-00

223-31-96

Газета отпечатана в ООО «Видавничий дім «Аванпост-Прим», г. Киев-35, ул. Сурикова, 3/3.

Підписана в печать 16.09.2009 г.

Заказ № 16/0909 Тираж 20 000 экз.

Юридически подтвержденный тираж.

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова
ГЛАВНИЙ РЕДАКТОР	Елена Барсукова
ВИПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР	Елена Ткаченко
МЕДИЦИНСКИЙ РЕДАКТОР	Олег Мазуренко
НАЧАЛЬНИК РЕДАКТОРСКОГО ОТДЕЛА	Лидия Тралло
ЛИТЕРАТУРНИЙ РЕДАКТОР / КОРРЕКТОР	Валентина Грищенко
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Роман Попов
ДИЗАЙНЕРЫ	Тарас Безлюдя Максим Маликов Инна Мартыненко
ФОТОКОРРЕСПОНДЕНТ	Милана Ткаченко
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА РЕКЛАМЫ	Наталья Семенова
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ	Инна Головка Юлия Башкирова
АССИСТЕНТ	Зоя Федирко
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА	Ивалин Крайчев



Гастроентерология

11-12 июня в г. Днепропетровске проходила научно-практическая конференция «Гастроентерология сегодня: успехи, проблемы и пути их решения», посвященная 30-летию кафедры гастроентерологии и терапии факультета последиplomного образования Днепропетровской государственной медицинской академии. В работе мероприятия приняли участие ведущие отечественные ученые и клиницисты, осветившие в своих докладах актуальные проблемы и достижения украинской гастроентерологии, а также мировой опыт диагностики и лечения заболеваний пищеварительной системы. Обзор наиболее интересных докладов, прозвучавших на этой конференции, представляем вашему вниманию.

Заведующий кафедрой гастроентерологии и терапии факультета последиplomного образования Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор **Юрий Миронович Степанов** посвятил доклад одному из наиболее частых гастроэнтерологических симптомов — абдоминальной боли.



— Причины и механизмы возникновения боли в животе очень разнообразны. Основные характеристики абдоминальной боли различной этиологии неспецифичны и часто схожи, что может приводить к диагностическим ошибкам и неадекватному лечению. Причиной хронической абдоминальной боли могут быть как органические (воспаление, деструкция тканей), так и функциональные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В основе функциональной абдоминальной боли могут лежать нарушения двигательной функции ЖКТ (спастические сокращения гладкой мускулатуры, атония со стазом кишечного содержимого, повышением внутриполостного давления и растяжением стенки полостного органа) и висцеральная гиперчувствительность (гиперчувствительность центральных и периферических рецепторов, отвечающих за восприятие боли).

Алгоритм ведения пациента с хронической абдоминальной болью включает:

- выявление причины с обязательным исключением заболеваний, представляющих угрозу жизни;
- уточнение характера боли — органическая или функциональная;
- проведение этиотропного и патогенетического лечения основного заболевания;
- коррекция нарушений моторики ЖКТ;
- уменьшение висцеральной гиперчувствительности.

Важно помнить, что назначение анальгетиков оправдано преимущественно в случае неабдоминального происхождения боли применение анальгетиков имеет целый ряд ограничений, так как в данном случае они могут маскировать основное заболевание и усугублять его течение.

Если абдоминальная боль обусловлена спазмом гладкой мускулатуры или растяжением стенок полых органов ЖКТ, целесообразно использовать спазмолитики. Они в отличие от анальгетиков не маскируют острую хирургическую патологию.

По механизму действия спазмолитики разделяют на миотропные, действующие непосредственно на гладкую мускулатуру, и нейротропные, влияющие на проведение нервного импульса или передачу гуморального сигнала. Среди миотропных спазмолитиков выделяют блокаторы фосфодиэстеразы (дротаверин, папаверин), нитраты (нитроглицерин, изосорбида динитрат, изосорбида мононитрат), блокаторы натриевых каналов (мебеверин), блокаторы кальциевых каналов (пинаверий). К нейротропным спазмолитикам относят М-холинотропные: центральные (амизил, метамизил), смешанные (атропин, платифиллин), периферические (метацин, бутилскополамин, прифинин, пирензипин). Одним из преимуществ М-холинотропных является их комбинированное спазмолитическое и антисекреторное действие. К недостаткам этих препаратов, в первую очередь неселективных М-холинотропных, относят многочисленные побочные эффекты: сухость во рту, запор, гипотонию желчного пузыря, нарушение аккомодации, мидриаз, повышение внутриглазного давления, дирические явления, тахикардию и др. В связи с этим предпочтение следует отдавать селективным спазмолитикам (действуют преимущественно на гладкую мускулатуру ЖКТ), так как они характеризуются более высоким профилем безопасности, меньшим спектром противопоказаний и лучше переносятся.

Директор Института терапии им. Л.Т. Малої АМН України (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор **Олег Яковлевич Бабак** обратил внимание участников конференции на терапевтические аспекты лечения желудочно-кишечных кровотечений.



— По данным J.Y. Lau и соавт. (2008) частота язвенных кровотечений в Европе составляет 19,4-79,0 случая на 100 тыс. человек в год. Повторные кровотечения возникают в 31% случаев, из которых 90% приходится на первые 7 дней. Средняя 30-дневная смертность при язвенных кровотечениях составляет около 8,7%.

К основным причинам желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов ЖКТ относят: эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (35-53% случаев), прием медикаментов (НПВП, кортикостероидов), опухоли, синдром Маллори-Вейса (3%), ангиодисплазию сосудов желудка и кишечника, нарушение свертываемости крови при тромбоцитопениях, варикозно расширенные вены пищевода (при портальной циррозе печени). Кровотечение из нижних отделов ЖКТ может возникнуть в случае воспалительных заболеваний кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона), поражения кишечника при туберкулезе, сифилисе, при повреждении артерий прямой кишки, из геморроидальных узлов.

Острое язвенное кровотечение сопровождается такими яркими клиническими симптомами, как мелена и рвота с примесью крови, которые позволяют поставить диагноз. Заподозрить хроническое язвенное кровотечение несколько труднее, поскольку в данном случае преобладают неспецифические симптомы, такие как усталость, головокружение, признаки сердечной недостаточности, а также симптомы, связанные с железодефицитной анемией — глоссит, стоматит, бледность кожных покровов и слизистых оболочек.

Степень тяжести острого желудочно-кишечного кровотечения определяют по целому ряду критериев:

- легкая степень: общее состояние удовлетворительное, уровень эритроцитов крови $>3,5 \cdot 10^{12}$, гемоглобин >100 г/л, гематокрит $>30\%$, ОЦК — до 20%, частота сердечных сокращений — до 80 уд/мин, постуральная гипотензия отсутствует, систолическое АД выше 110 мм рт. ст., ЦВД — 5-15 мм вод. ст., нарушения сознания отсутствуют, диурез не менее 1550 мл/сут;

- средняя степень: общее состояние средней тяжести, уровень эритроцитов крови $<2,5 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 80-100 г/л, гематокрит 25-30%, ОЦК — 20-30%, частота сердечных сокращений — 80-100 уд/мин, выраженная постуральная гипотензия, систолическое АД 90-110 мм рт. ст., ЦВД — 1-5 мм вод. ст., чувство тревоги, страха, диурез менее 1000 мл/сут;

- тяжелая степень: общее состояние тяжелое, шок, уровень эритроцитов крови $<2,5 \cdot 10^{12}$, гемоглобин <80 г/л, гематокрит $<25\%$, ОЦК $>30\%$, частота сердечных сокращений >100 уд/мин, выраженная постуральная гипотензия, систолическое АД <90 мм рт. ст., ЦВД — <1 см вод. ст., возбуждение, дезориентация, кома, диурез менее 300 мл/сут.

Сегодня основным методом диагностики желудочно-кишечного кровотечения является эндоскопия. Этот метод позволяет верифицировать источник кровотечения, его тип (активное, состоявшееся) и активность (струйное, медленное).

Язвенные желудочно-кишечные кровотечения чаще всего возникают при обострении заболевания. Болевой синдром, как правило, не выражен, в связи с чем возникают трудности в своевременной постановке диагноза. Причиной кровотечения в большинстве случаев является эрозивный артериальный сосуд, в связи с чем самопроизвольная остановка кровотечения может не произойти. Острые изъязвления

Сегодня: успехи, проблемы и пути их решения

могут сочетаться с хроническими язвами (в каждом 5-м случае).

К современным методам лечения желудочно-кишечных кровотечений относят хирургический, эндоскопический и фармакотерапевтический гемостаз. Хирургический гемостаз показан при массивных и повторных кровотечениях; после безуспешного консервативного лечения в первые 24 ч; у больных старше 60 лет; при острой хирургической патологии. Эндоскопический гемостаз проводят с помощью норадреналина и/или коагуляции (в том числе диатермокоагуляции) и/или наложения гемоклипсы. Фармакотерапевтический гемостаз включает применение аналогов соматостатина и антисекреторных лекарственных средств (ИПП, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов), последние следует назначать при желудочно-кишечном кровотечении только парентерально.

Алгоритм лечения пациентов с желудочно-кишечным кровотечением можно представить следующим образом. При первых признаках кровотечения лечение следует начинать с фармакологического гемостаза (ИПП, аналоги соматостатина). В случае его неэффективности применяют эндоскопический гемостаз. Если не удается достичь гемостаза с помощью перечисленных выше методов, переходят к хирургическому лечению.

При успешном гемостазе независимо от способа его достижения необходимо в обязательном порядке проводить профилактику повторного кровотечения. Необходимо продолжить прием ИПП (перорально). При язвах, ассоциированных с H. pylori (95% язв двенадцатиперстной кишки и 70% язв желудка), в первую очередь следует провести эрадикацию этого возбудителя. Как показывает практика, после полной эрадикации H. pylori частота рецидивов язв у взрослых не превышает 5-10% в год, а повторных кровотечений — 0,5%.

О современных подходах к лечению запоров рассказала **заведующая кафедрой гастроэнтерологии Харьковской медицинской академии последнего дипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Дмитриевна Звягинцева.**



— Последние десятилетия прошлого века были отмечены неуклонным ростом так называемых «болезней цивилизации», среди которых не последнее место занимают функциональные и органические заболевания кишечника, сопровождающиеся запорами.

В настоящее время запором страдает до 50% взрослого населения, при этом женщины в 3 раза чаще сталкиваются с данной проблемой. Он является ведущей жалобой у пациентов пожилого возраста. Запоры существенно ухудшают качество жизни, повышают риск развития или усугубления тяжести ряда заболеваний (колоректальный рак, желчнокаменная болезнь, дивертикулез кишечника, меланоз толстого кишечника). Проблемы с опорожнением кишки способствуют развитию синдрома диспепсии.

Напомню, что запор может быть не только симптомом патологии кишечника и других заболеваний, но и являться самостоятельной нозологической единицей, которая имеет шифр K.59 согласно МКБ-10.

В норме время транзита содержимого от ротовой полости до анального канала составляет 24-48 ч (максимум 60 ч). Через пищевод пища проходит в среднем за 10 с, через желудок — 1-2 ч, тонкую кишку — 2-6 ч, толстую кишку — 24 ч и более.

Согласно Римским критериям III (2006) признаками функционального запора являются:

- опорожнение кишечника реже 3 раз в неделю;
- чрезмерное натуживание (более 25% времени при дефекации);
- плотный или овечий кал;
- уменьшение его количества (менее 35 г в сутки);
- ощущение неполного опорожнения кишечника.

Опрашивая пациента, врач должен уточнять наличие именно этих признаков, так как многие пациенты интерпретируют термин «запор» по-своему. Так, по данным Sandler и Drossman, 52% пациентов считают запором необходимость натуживания при дефекации, 44% — чрезмерно твердый характер стула, а 32% — недостаточную частоту стула.

Причины развития хронического запора очень разнообразны, они включают алиментарные факторы (несбалансированное питание, голодание, употребление недостаточного количества жидкости), ситуационные факторы (стрессовые ситуации, путешествия), малоподвижный образ жизни, прием медикаментов (опиаты, антидепрессанты, антациды, сорбенты). Пассаж по толстому кишечнику может быть замедлен при инертной толстой кишке, идиопатическом мегаколоне, синдроме раздраженного кишечника, болезненной дефекации (геморрой, парапроктит). К возникновению запоров могут приводить эндокринные (гипотиреоз, сахарный диабет), неврологические и психосоматические заболевания, и, безусловно, нерациональный прием слабительных средств.

Структура причин запора отличается в разных возрастных группах. У лиц младше 20 лет запор в 56% случаев обусловлен анатомическими особенностями кишечника, в 19% — аноректальной патологией, в 13% — психогенными факторами, в 9% — эндокринными заболеваниями. В возрастной группе 20-40 лет причиной запора в 54% случаев выступает аноректальная патология, в 30% — психогенные факторы и нарушения иннервации, в 13% — эндокринные заболевания, в 3% — побочное действие лекарственных препаратов. У пациентов старше 40 лет запор в 29% случаев имеет эндокринный характер, в 20% — нейрогенный, в 20% — психогенный, в 20% случаев его вызывает гастроэнтерологические заболевания и медикаментозная терапия, 9% случаев приходится на аноректальные запоры (Е.В. Хаммад, 2000).

С точки зрения патофизиологии выделяют:

- запоры, связанные с замедлением транзита кишечного содержимого по толстому кишечнику (снижение числа «проталкивающих» перистальтических сокращений толстой кишки, выраженная дискоординация перистальтических сокращений в дистальном отделе толстой кишки);
- запор на фоне синдрома раздраженной кишки (не координированная перистальтическая активность толстой кишки);
- запоры, связанные с дисфункцией мышц тазового дна (задержка эвакуации содержимого из прямой кишки);
- комбинированные запоры с преобладанием замедления транзита или дисфункции тазового дна.

Перечисленные выше факторы приводят к нарушению моторно-эвакуационной функции толстого кишечника (гипомоторная дискинезия).

Лечение запора необходимо проводить с учетом его типа и этиологии. Терапия должна быть направлена на устранение причины, нормализацию пропульсивной способности толстой кишки, регуляцию процесса формирования кала и опорожнения кишечника.

Всего 3-5% людей, страдающих запором, обращаются за медицинской помощью. Первой рекомендацией врача при запорах является диета, соблюдение которой пациентки, как правило, долго не выдерживают. Около 96% больных начинают самостоятельно применять слабительные средства. В итоге 47% пациентов не удовлетворены самолечением — 82% из-за низкой эффективности, 16% из-за развившихся побочных эффектов (Johansson, Kralstein 2007).

Назначая слабительные препараты пациенту с запором следует помнить, что их применение носит вспомогательный характер и является средством краткосрочной симптоматической терапии. Все слабительные препараты стимулируют эвакуаторную функцию кишечника и не оказывают корректирующего влияния на его моторику. Кроме того, бесконтрольный прием слабительных небезопасен для пациента. При их длительном применении угнетается всасывание питательных веществ (витамины, минералы), происходит потеря большого количества жидкости и электролитов с калом (синдром мальабсорбции, дегидратация, гипокалиемия), развиваются соматические заболевания (псевдомеланоз дистального отдела кишечника, токсический гепатит), диспептические расстройства, боли в животе, метеоризм, изменяется состав микрофлоры кишечника (дисбиотические изменения).

Слабительные препараты различаются по механизму действия. Выделяют препараты с раздражающим, антирезорбционно-секреторным, осмотическим, смазывающим действием, балластные вещества. К балластным веществам прежде всего относятся растительные волокна, увеличивающие объем содержимого кишечника (пшеничные отруби, морская

капуста, агар-агар, льняное семя, семя подорожника). Важным преимуществом этой группы слабительных является то, что они не вызывают привыкания.

Кроме этого, при функциональном хроническом запоре рекомендуется:

- адекватный рацион питания (с включением продуктов, способствующих опорожнению кишечника — свежие овощи и фрукты, кисломолочные продукты) и кратность приемов пищи;
- прием достаточного количества жидкости (без злоупотребления, так как обильное питье эффективно устраняет запоры только при дегидратации и абсолютно противопоказано при сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, циррозе печени);
- модификация образа жизни, умеренная физическая активность;
- восстановление или выработка рефлекса утренней дефекации.

Схема терапии хронического запора должна включать препараты, регулирующие моторно-эвакуаторную функцию кишечника — прокинетики последнего поколения и 5-НТ4-агонисты серотониновых рецепторов. 5-НТ4-агонисты серотониновых рецепторов показаны при СРК, когда запор имеет нерегулярный характер и сопровождается болевым синдромом. Эти препараты уменьшают висцеральную болевую чувствительность (блокада 5-НТ4-серотониновых рецепторов на уровне чувствительных нервных волокон), стимулируют перистальтический рефлекс и ускоряют продвижение каловых масс по толстому кишечнику (активация 5-НТ4-серотониновых рецепторов на уровне мышечных волокон). Миотропные спазмолитики назначают при запорах, сопровождающихся спастической дискинезией.

Следует отметить, что успех терапии запоров складывается из трех компонентов:

- степени выявления и полноты устранения причин, вызывающих задержку стула;
- готовность пациента к изменению образа жизни и пищевых привычек;
- умения врача подобрать комплексную терапию с минимальным риском побочных эффектов и межлекарственных взаимодействий.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии № 1 с курсом последипломной подготовки врачей по гастроэнтерологии и эндоскопии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Сергей Михайлович Ткач остановился на современных подходах к лечению заболеваний, ассоциированных с H. pylori.



— В настоящее время показаниями для эрадикации H. pylori являются следующие: дуоденальные язвы, язвы желудка, атрофический гастрит, MALT-лимфома желудка, функциональная диспепсия, неинфекционная диспепсия (в регионах с распространенностью

H. pylori в популяции более 10%), последующая резекция по поводу рака желудка, родственники первой линии с раком желудка, необъяснимая железодефицитная анемия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, длительное применение НПВП (перед назначением), желудочно-кишечное кровотечение у пациентов, длительно принимающих ацетилсалициловую кислоту, желание пациента (после обсуждения риска и пользы эрадикации).

Эрадикация H. pylori обеспечивает: полное излечение язвенной болезни, предупреждение развития атрофии слизистой оболочки желудка, предраковых изменений и некардиального рака желудка, упрощение и удешевление схем ведения больных с неинфекционной диспепсией, сокращение числа ЭГДС на 30-70% (без ущерба для диагностики), улучшение течения функциональной диспепсии, снижение рисков, связанных с НПВП-гастропатиями, улучшение течения неастроэнтерологических заболеваний (иммунная тромбоцитопения, железодефицитная анемия, кожные болезни и др.).

Риски, связанные с эрадикацией H. pylori, разделяют на непосредственные и отдаленные. К непосредственным рискам относят побочные симптоматические эффекты, аллергические реакции, гастроэнтерологические последствия антибиотикотерапии (кандидоз, дисбиоз, псевдомембранозный колит, гепатиты и др.). Отдаленные риски могут быть связаны с неудачной

эрадикацией (рецидивы язвы, развитие резистентности H. pylori к антибиотикам), повторным инфицированием, повышением риска развития аллергических заболеваний (бронхиальная астма у детей). Обсуждается также повышение риска развития ГЭРБ, пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода после эрадикации H. pylori.

Стандартная эрадикационная терапия первой линии может быть проведена в двух вариантах:

- ИПП в стандартной дозе, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- ИПП в стандартной дозе, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, метронидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Схема эрадикационной терапии второй линии включает ИПП, тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки, метронидазол 500 мг 3 раза в сутки, висмута субцитрат 120 мг 4 раза в сутки. Курс лечения составляет 7-10 дней.

Сегодня во всем мире основным режимом эрадикации остается тройная терапия, включающая ИПП, амоксициллин и кларитромицин. Однако в последнее время отмечается все большая неудовлетворенность этим режимом терапии и возникает необходимость в применении других терапевтических стратегий.

К основным причинам неудачной эрадикации после первого курса лечения можно отнести антибиотикорезистентность H. pylori (резистентность к кларитромицину в США является причиной 1/3 всех случаев неудачного лечения) и плохую приверженность к терапии (несоблюдение полной программы). Определенную роль играют также генетические различия в метаболизме препаратов (нарушенный метаболизм ИПП обнаружен у 3-5% европейской популяции и 18-23% населения Китая, Вьетнама, Таиланда, Японии), курение (ассоциируется со снижением уровня эрадикации примерно на 8,4%, особенно у пациентов с функциональной диспепсией), характер ассоциированного с H. pylori заболевания (уровень эрадикации H. pylori у пациентов с функциональной диспепсией ниже, чем у больных с пептическими язвами).

Особую настороженность сегодня вызывает резистентность H. pylori к антибиотикам. Так, в период с 1999 по 2003 год первичная резистентность H. pylori к кларитромицину в США составила 10-12%, к метронидазолу — 25,1% (за исключением Аляски, где показатели достигли 31 и 44% соответственно). За этот же период времени в странах Северной Европы (Дания, Швеция, Финляндия, Нидерланды) первичная резистентность к кларитромицину была очень низкой (1-3%), в странах Центральной Европы средней (12,6%), в странах Южной Европы высокой (около 20%).

Когда антимикробная резистентность определяется после неудачного лечения, речь идет о вторичной резистентности, уровень которой всегда значительно выше (в Европе — 42% для кларитромицина, 35% — для метронидазола).

Резистентность H. pylori к антибиотикам формируется в основном не за счет генетически детерминированных механизмов (трансформация, трансдукция, конъюгация), а в результате мутаций. Как и для других микроорганизмов, чувствительность H. pylori к антибиотикам может быть протестирована с помощью фенотипических методов — дисковой диффузии (стандартная антибиотикограмма), E-теста (количественный вариант дисковой диффузии), диффузии в агаре (официально рекомендован для определения чувствительности к кларитромицину) и др. Для метронидазола характерной является плохая воспроизводимость результатов тестирования и слабая корреляция с клиническими данными, в связи с чем в Маастрихтском консенсусе III (2005) не рекомендуется проводить определение чувствительности к метронидазолу в качестве рутинной процедуры.

Альтернативой тройной терапии могут быть тройная/четвертная терапия на основе препаратов висмута, последовательная терапия, тройная терапия с использованием других антибиотиков (левофлоксацин, рифабутин, фуразолидон). Длительность этих схем терапии составляет 10 дней. В случае неэффективности вышеперечисленных терапевтических схем необходимо провести тестирование на чувствительность H. pylori к антибиотикам и на основании полученных данных проводить соответствующее лечение.

Подготовила **Наталья Мищенко**

3y