

УДК [616.98:579.835.12]-07

Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых

Комитет по подготовке проекта рекомендаций:
Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А.

Комитет экспертов: Агеева Е.А., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Баранская Е.К., Гриневич В.Б., Дехнич Н.Н., Козлов Р.С., Колесова Т.А., Корочанская Н.В., Ливзан М.А., Мирончев О.В., Мордасова В.И., Низов А.А., Осипенко М.Ф., Саблин О.А., Самсонов А.А., Сарсенбаева А.С., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Фаизова Л.П., Хлынов И.Б., Цуканов В.В.

Guidelines of the Russian Gastroenterological Association on diagnostics and treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults

Показания для проведения эрадикационной терапии инфекции *H. pylori*

Показаниями для **обязательного** проведения эрадикационной терапии *H. pylori* служат:

- язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения и ремиссии заболевания. При осложненных формах ЯБ, в первую очередь при кровотечении, эрадикационная терапия должна быть проведена обязательно и начата при переводе больного на пероральный прием лекарственных средств;
- MALT-лимфома желудка;
- гастропатия, индуцированная приемом *нестероидных противовоспалительных средств* (НПВС). Успешная эрадикация *H. pylori* снижает риск возникновения неосложненных и осложненных гастроуденальных язв при приеме НПВС и аспирина, в том числе низких доз последнего. Назначение эрадикации обязательно больным, у которых планируется длительное применение НПВС и аспирина, а также пациентам с анамнезом язвенной болезни, особенно при осложнениях этого заболевания. Однако только эрадикация *H. pylori* полностью не исключает риск возникновения гастроуденальных язв у больных, длительно принимающих НПВС;

- состояния после операции по поводу рака желудка и после эндоскопической резекции ранних злокачественных новообразований желудка.

Назначение эрадикационной терапии **желательно** при следующих заболеваниях и состояниях, поскольку положительный эффект такого лечения доказан:

- хронический гастрит, вызванный инфекцией *H. pylori*, в том числе атрофический;
- необходимость длительного приема *ингибиторов протонной помпы* (ИПП), например, при эрозивной форме *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ). Наличие или отсутствие *H. pylori* не оказывает влияния на выраженность симптомов, их рецидив и результаты лечения ГЭРБ. Эрадикационная терапия не усиливает уже имеющуюся ГЭРБ и не влияет на эффективность лечения таких больных. Несмотря на то, что эпидемиологические исследования показывают отрицательную связь между частотой выявления *H. pylori* и развитием ГЭРБ, а также аденокарциномы пищевода, инфекцию *H. pylori* в этом случае не следует расценивать как протективный фактор;
- аутоиммунная тромбоцитопения;
- железодефицитная анемия (при отсутствии других причин);
- наличие желания пациента, в том числе имеющего близких родственников, страдающих

раком желудка (после консультации врача и при отсутствии противопоказаний).

В случае обострения неосложненной ЯБ двенадцатиперстной кишки у пациентов без тяжелых сопутствующих заболеваний, при отсутствии клинических симптомов допустимо после курса эрадикационной терапии не продолжать лечение с применением ИПП в качестве монотерапии. Заживление язвы при этом будет достигнуто в результате проведения собственно эрадикационной терапии.

При обострении ЯБ желудка или при осложненном течении ЯБ двенадцатиперстной кишки после курса эрадикационной терапии следует продолжить прием ИПП в качестве монотерапии до 4, а при необходимости до 8 недель. Продолжение антисекреторной терапии позволит добиться заживления язвы.

При хроническом гастрите, в том числе атрофическом, после окончания эрадикационной терапии возможно продолжение лечения препаратом висмута до 4–8 недель для обеспечения защиты слизистой оболочки желудка.

Диагностика инфекции *H. pylori*

Первичная диагностика

В международной практике референсными методами диагностики инфекции *H. pylori* служат дыхательный тест с мочевиной, меченой ¹³C, и определение антигена *H. pylori* в кале лабораторным способом. Вследствие малой доступности этих методов для первичной диагностики целесообразно применять любую методику, которая имеется в распоряжении врача.

Необходимо учитывать, что лечение с использованием ИПП может привести к ложноотрицательным результатам диагностических тестов. Поэтому рекомендуется отменить ИПП не менее чем на 2 недели до проведения диагностических мероприятий.

Серологические методы исследования антител к *H. pylori* могут быть назначены в качестве первичной диагностики инфекции, в том числе после недавнего приема антисекреторных или антибактериальных лекарственных средств, при язвенном кровотечении, атрофическом гастрите.

Диагностика успешности эрадикационной терапии

Указанная диагностика должна осуществляться не ранее чем через 4 недели после окончания курса антигеликобактерной терапии либо после окончания лечения любыми антибиотиками или антисекреторными средствами сопутствующих заболеваний. Серологические методы определения антител к *H. pylori* в этой ситуации не применимы.

При отсутствии референсных методов диагностики целесообразно комбинировать доступные диагностические тесты или (в случае применения методов непосредственного обнаружения бактерии в биоптате слизистой оболочки желудка — бактериологического, морфологического, быстрого уреазного теста) исследовать хотя бы два биоптата из тела желудка и один биоптат из антрального отдела.

Лечение инфекции *H. pylori*

Стандартная тройная терапия

В качестве схемы первой линии лечения принята стандартная тройная схема эрадикационной терапии: ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут, *кларитромицин* (КЛА) 500 мг 2 раза/сут и *амоксициллин* (АМО) 1000 мг 2 раза/сут или *метронидазол* (МЕТ) 500 мг 2 раза/сут.

Меры, позволяющие увеличить эффективность стандартной тройной терапии

1. Назначение дважды в сутки высокой дозы ИПП (удвоенной по сравнению со стандартной).
2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином с 7 до 10–14 дней.
3. Добавление к стандартной тройной терапии (ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + КЛА 500 мг 2 раза/сут + АМО 1000 мг 2 раза/сут + ВТД 240 мг 2 раза/сут) препарата *висмута трикалия дицитрат* (ВТД).
4. Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика *Saccharomyces boulardii*.
5. Подробное инструктирование пациента и контроль за ним для обеспечения точного соблюдения назначенного режима приема лекарственных средств.

Квадротерапия с препаратом висмута

Как вариант эрадикационной терапии первой линии (например, при непереносимости пенициллина) может быть назначена классическая четырехкомпонентная схема на основе ВТД 120 мг 4 раза/сут + ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + *тетрациклин* (ТЕТ) 500 мг 4 раза/сут + МЕТ 500 мг 3 раза/сут в течение 10 дней.

Квадротерапия с препаратом висмута может применяться в качестве схемы терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной схемы.

Тройная терапия с левофлоксацином

Тройная терапия с *левофлоксацином* (ЛЕВ) включает в себя ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + ЛЕВ 500 мг 2 раза/сут + АМО 1000 мг 2 раза/сут (продолжительность лечения 10 дней). Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только гастроэнтерологом по взвешен-

ным показаниям после неудачной попытки эрадикации первой линии.

Последовательная терапия

Последовательная терапия рекомендуется как альтернативный вариант лечения, назначение которого осуществляет гастроэнтеролог. Пациент получает первые 5 дней ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + АМО 1000 мг 2 раза/сут, а в последующие 5 дней – ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + КЛА 500 мг 2 раза/сут + МЕТ или тинидазол 500 мг 2 раза/сут.

Последовательная схема демонстрирует высокую эффективность, которая мало зависит от уровня резистентности *H. pylori* к кларитромицину. В настоящее время она является многообещающим вариантом лечения, однако в России требуется проведение собственных исследований,

которые позволили бы уточнить место данной схемы в терапии инфекции *H. pylori*. В качестве варианта четырехкомпонентной схемы обсуждается возможность назначения ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + АМО 1000 мг 2 раза/сут + КЛА 500 мг 2 раза/сут + МЕТ или тинидазола 500 мг 2 раза/сут.

Схемы лечения и последовательность их назначения

ИПП применяют в составе эрадикационной терапии в следующих дозах:

- лансопразол 30 мг 2 раза/сут или
- омепразол 20 мг 2 раза/сут или
- пантопразол 40 мг 2 раза/сут или
- рабепразол 20 мг 2 раза/сут или
- эзомепразол 20 мг 2 раза/сут.

Выбор схемы	Название эрадикационной схемы	Препараты
1-я линия	Стандартная тройная терапия	ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + КЛА 500 мг 2 раза/сут + АМО 1000 мг 2 раза/сут (или МЕТ 500 мг 2 раза/сут) Длительность терапии 7 или 10–14 дней
	Квадротерапия с препаратом висмута	ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + ТЕТ 500 мг 4 раза/сут + МЕТ 500 мг 3 раза/сут + ВТД 120 мг 4 раза/сут Длительность терапии 10 дней
2-я линия	Квадротерапия с препаратом висмута	ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + ТЕТ 500 мг 4 раза/сут + МЕТ 500 мг 3 раза/сут + ВТД 120 мг 4 раза/сут Длительность терапии 10 дней
	Тройная терапия с левофлоксацином	ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + ЛЕВ 500 2 раза/сут + АМО 1000 мг 2 раза/сут Длительность терапии 10 дней
3-я линия	Основана на определении антибиотикорезистентности <i>H. pylori</i>	