

Применение коллоидного субцитрата висмута в альтернативных схемах эрадикации *Helicobacter pylori*

- Тематика *Гастроэнтерология*
- Автор *Головченко А.И.*
- *Опубликовано Здоров'я України. - 2007. - № 7/1. - С. 48.*

С момента открытия микроорганизма появились принципиально новые подходы к лечению гастрита и язвенной болезни, которые обеспечили потрясающие результаты, но с течением лет все больше ранее нерешенных и вновь возникших вопросов предстает перед исследователями и практическими специалистами. Изучение особенностей *Helicobacter pylori* и модификация схем терапии в ответ на изменения микроорганизма продолжаются.

Украинские врачи, не только гастроэнтерологи, терапевты, но и представители других специальностей, принявшие участие в научно-практическом симпозиуме «Новейшие перспективные технологии диагностики и контроля лечения заболеваний органов пищеварения», который проходил в Виннице 22-23 марта, проявляют большой интерес к современным методикам терапии при патологии желудочно-кишечного тракта. Именно поэтому высокую оценку аудитории получил доклад начальника клиники гастроэнтерологии Военно-медицинского центра воздушных сил Вооруженных сил Украины, доктора медицинских наук Александра Ивановича Головченко о применении альтернативных схем эрадикационной терапии.

Согласно международным нормам, указанным в Маастрихтском консенсусе (Рим, 21-22 ноября 2000 года), показания к эрадикации *Helicobacter pylori* подразделяются на абсолютные и относительные. Среди абсолютных показаний – дуоденальная язва желудка или двенадцатиперстной кишки (активная, неактивная), MALT-лимфома, атрофический гастрит, состояние после резекции желудка по поводу рака, первая линия родства с больными раком желудка, желание пациента (после консультации с врачом). К относительным показаниям относятся функциональная диспепсия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и лечение нестероидными противовоспалительными препаратами. Основные направления Маастрихтского консенсуса-III (2005) сформулированы в следующих тезисах.

- Кого лечить?
- Как выявлять и устранять *Helicobacter pylori*?
- Профилактика рака желудка путем эрадикации *Helicobacter pylori*.

Инфицированность людей *H. pylori* в настоящее время очень велика. По данным некоторых авторов, она достигает 80%. Однако частота хеликобактерассоциированных заболеваний варьирует в зависимости от страны (чем ниже экономический уровень страны, тем чаще отмечается хеликобактериоз), возраста больного (наиболее часто заражаются *H. pylori* в возрасте 18-23 лет в развитых странах и 5-10 лет в экономически неблагоприятных странах). Передача *Helicobacter pylori* происходит в основном от человека к человеку орально-оральным и фекально-оральным путем. Наиболее часто этот микроорганизм передается внутри семьи через предметы гигиены, посуду, при поцелуях. В большинстве случаев колонизация желудочно-кишечного тракта микроорганизмом не приводит к развитию патологического процесса.

Ответ организма на *Helicobacter pylori* зависит от многих факторов: состояния иммунитета человека, состава слизи в желудке и двенадцатиперстной кишки, а также уменьшения количества рецепторов на поверхности желудка, способствующих адгезии микроорганизма и вирулентности штамма *H. pylori* (способности продуцировать вакуолизирующий токсин (VacA), а также цитотоксинассоциированный протеин (CagA), которые обуславливают быструю деструкцию эпителиальных клеток с разрушением субэпителиальных тканей и экстрацеллюлярного матрикса). Патологический процесс в желудке запускается в случаях нарушения гомеостаза защитных систем и агрессивных факторов. При этом появляются показания для назначения антихеликобактерной терапии, которая состоит из антимикробных препаратов и средств, снижающих кислотопродуцирующую функцию желудка.

Существует несколько рекомендованных к применению схем эрадикации. Терапия первой линии включает ингибиторы протонной помпы (ИПП) 2 раза в сутки, кларитромицин – 500 мг 2 раза в сутки, если для региона характерна первичная резистентность к кларитромицину более 15-20% – применяется амоксициллин в дозе 1000 мг 2 раза в сутки либо схема с использованием ИПП, кларитромицина в таких же дозах и метронидазола в дозе 500 мг дважды в сутки. Длительность лечения составляет 14 дней.

Терапия второй линии состоит из ИПП – 2 раза в сутки, висмута субцитрата – 120 мг 4 раза в сутки или 240 мг 2 раза в сутки, метронидазола по 500 мг 2 раза в сутки и тетрациклина – 500 мг 4 раза в сутки.

Лечение третьей линии после двух курсов различной эрадикационной терапии предусматривает определение чувствительности к антибиотикам. Первичная резистентность к кларитромицину составляет 15-20% и зависит от популяции, географического положения, а также проведенных курсов эрадикационной терапии.

В клинической практике хорошо зарекомендовала себя методика эрадикации *Helicobacter pylori* с применением ИПП. Флемоксина Солютаб по одной таблетке 500 мг 4 раза в день через 15 мин после еды, Де-Нола по 1 таблетке 120 мг 3 раза в день за час до еды и перед сном. Длительность курса терапии составляет 7 дней.

Препараты висмута для лечения заболеваний пищеварительного тракта начали использовать в далекие времена. Еще за много сотен лет до открытия *Helicobacter pylori* врачи прописывали это вещество при боли в области желудка. Но, как показали современные исследования, антихеликобактерный эффект оказывают лишь коллоидные соли висмута, которые обладают однородностью со слизью, хорошо перемешиваются с ней, а за счет адгезивных свойств способны длительно фиксироваться на слизистой оболочке. Препараты висмута практически не всасываются в кровь и выделяются кишечником, окрашивая испражнения в темный цвет. Побочные эффекты при их применении сравнительно редки. Кроме способности к эрадикации *Helicobacter pylori*, субцитрат висмута позитивно влияет на восстановление соотношения между уровнями соматостатина и гастрина, улучшая процессы репарации и регенерации поврежденной слизистой оболочки желудка. В глобальном масштабе препараты висмута обладают уникальным свойством – к ним отсутствует резистентность штаммов *Helicobacter pylori*.

Формирование устойчивости *Helicobacter pylori* к антибактериальным препаратам создает большую угрозу для медицины. Основными причинами появления резистентных штаммов *Helicobacter pylori* являются неполноценные схемы антихеликобактерной терапии, нарушение больными режима приема препаратов. По мнению G. Tytgat, в настоящее время лишь меньшая часть пациентов с язвенной болезнью получает адекватную антихеликобактерную терапию. В связи с этим в ряде стран ведутся динамические наблюдения за ростом уровня резистентности *H. pylori* к антибактериальным препаратам, которые входят в схемы антихеликобактерной терапии на популяционном уровне, и предпринимаются адекватные меры для предотвращения этого роста. К этим мерам относится включение коллоидных препаратов висмута в современные схемы эрадикационной терапии.

В последние годы установлена еще одна особенность *Helicobacter pylori* – под влиянием неблагоприятных условий, в т. ч. и неадекватной антибактериальной терапии, переходить из вегетативной формы в кокковую. При этом микроорганизм редуцирует ферментативную активность, и его трудно обнаружить с помощью уреазных тестов.

Характеризуя осложнения, обусловленные альтернативными схемами антихеликобактерной терапии, можно отметить формирование дисбиотических изменений толстой кишки. Среди побочных эффектов – аллергические реакции, активация моторики кишечника и прямое токсическое действие препаратов на слизистую оболочку.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что ни одна из приведенных выше схем лечения не обеспечивает 100% эрадикации *Helicobacter pylori*, что может быть объяснено различными факторами. Однако эффективность рекомендуемых схем терапии в настоящее время составляет не менее 80%. Основываясь на этом, врачам необходимо продолжать назначать эрадикационное лечение и контролировать его результаты у конкретных пациентов.