

Алгоритмы по лечению язвы с учетом *H. pylori*: когда проверять и как потом вести пациентов по клиническим рекомендациям Минздрава

Главное в статье

1. Быстрый уреазный тест на *H. pylori* необходим при ЭГДС всем пациентам с язвой.
2. Для определения показаний к эрадикационной терапии проведите тестирования на инфекцию *H. pylori*.
3. При гастринпродуцирующих опухолях содержание сывороточного гастрина превышает норму в 3-4 раза.
4. Определение уровня гастрина в сыворотке крови - обязательное лабораторное исследование, если лечение неэффективно.

Ассоциация гастроэнтерологов разработала четкие алгоритмы по лечению язвы с *H. pylori*: когда нужно заподозрить присутствие этих микроорганизмов и как потом вести пациентов. Алгоритмы есть в клинических рекомендациях по язвенной болезни (ЯБ), которую уже одобрил Минздрав, — она стала обязательной для всех врачей с 2022 года. Редакция журнала «Практикующий терапевт» подготовила обзор изменений в клинрекомендациях для практиков и краткий гид, который поможет не упустить главное в работе.

Summary. Новое в рекомендациях

В новых клинических рекомендациях по ЯБ Ассоциация гастроэнтерологов четко прописала несколько алгоритмов по ведению пациентов с язвой. Первый - диагностика при подозрении на ЯБ, второй - лечение ЯБ с учетом *H. pylori*. Выделены основные и ведущие симптомы при обострении ЯБ и подробно расписана тактика подбора тройной и четверной схемы эрадикации.

Клиническая картина заболевания

При обострении ЯБ могут быть ведущие и основные симптомы. Подробнее о симптомах в памятке.

Симптомы язвенной болезни

Ведущие симптомы обострения ЯБ

- ❶ Боли в подложечной области с иррадиацией в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника
- ❷ Боли сразу после приема пищи при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка, через полчаса-час после еды при язвах тела желудка
- ❸ Поздние боли через 2–3 часа после еды, «голодные» боли, боли натощак, а также ночные боли, которые проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов, при язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки

Основные симптомы ЯБ

- ❶ Отрыжка кислым
- ❷ Тошнота
- ❸ Запоры
- ❹ Рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение – редкий признак ЯБ
- ❺ Снижение веса – из-за усиления болей во время приема пищи возникает ограничение в еде
- ❻ Болезненность в эпигастральной области при пальпации и локальная перкуторная болезненность в этой же области – симптом Менделя
- ❼ Сезонные весенне-осенние периоды усиления болей и диспепсических симптомов

Осложнения ЯБ могут развиваться под влиянием неблагоприятных факторов, например, физическое перенапряжение, прием НПВП или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребление алкоголем. К ним относятся кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза, малигнизация язвы.

Диагностика

Для постановки диагноза необходимы данные анамнеза, результаты осмотра и результаты инструментального обследования.

Критерии постановки диагноза язвенной болезни

1

Данные анамнеза

Характерные жалобы, выявление язвенной болезни ранее

2

Результаты осмотра

Болезненность и резистентность мышц брюшной стенки при пальпации

3

Результаты инструментального обследования

Язвенный дефект, выявленный при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки

Лабораторные диагностические показатели могут быть назначены врачом терапевтом для дифференциальной диагностики ЯБ, а также для подтверждения диагноза и оценки интенсивности воспалительного процесса.

Лабораторные диагностические исследования

1

Клинический анализ крови

С определением уровня гемоглобина и оценкой гематокрита

2

Анализ кала на скрытую кровь

Для исключения скрытых кровотечений из язв

3

Уровень гастрина сыворотки крови

Для исключения синдрома Золлингера-Эллисона

Патогенез гастродуоденальных язв при синдроме Золлингера-Эллисона связан с гиперсекрецией соляной кислоты при наличии у пациентов гастринпродуцирующей опухоли, которая чаще всего находится в поджелудочной железе. Читайте также статью о ранней диагностике рака поджелудочной железы. Эти язвы обычно бывают множественными, локализуются не только в желудке и двенадцатиперстной кишке, но и в тощей кишке и пищеводе. Течение заболевания с выраженным болевым синдромом и диареей. При обследовании содержание сывороточного гастрина превышает норму в 3–4 раза.

Для назначения эрадикационной терапии всем пациентам с ЯБ показан дыхательный уреазный тест на *H. pylori* или анализ кала для определения антигена *H. pylori*. При проведении ЭГДС - быстрый уреазный тест на *H. pylori*.

На основании клинических рекомендаций ниже приведена памятка по контролю эрадикации после лечения *H. pylori*.

Памятка по контролю эрадикации *H. pylori*

1

Контроль эрадикации через 4–6 недель после окончания эрадикационной терапии с помощью С-уреазного дыхательного теста или антигена *H. pylori* в кале

2

Необходимо прекратить прием ингибиторов протонного насоса за две недели до предполагаемого контрольного исследования, чтобы избежать ложноположительного результата

3

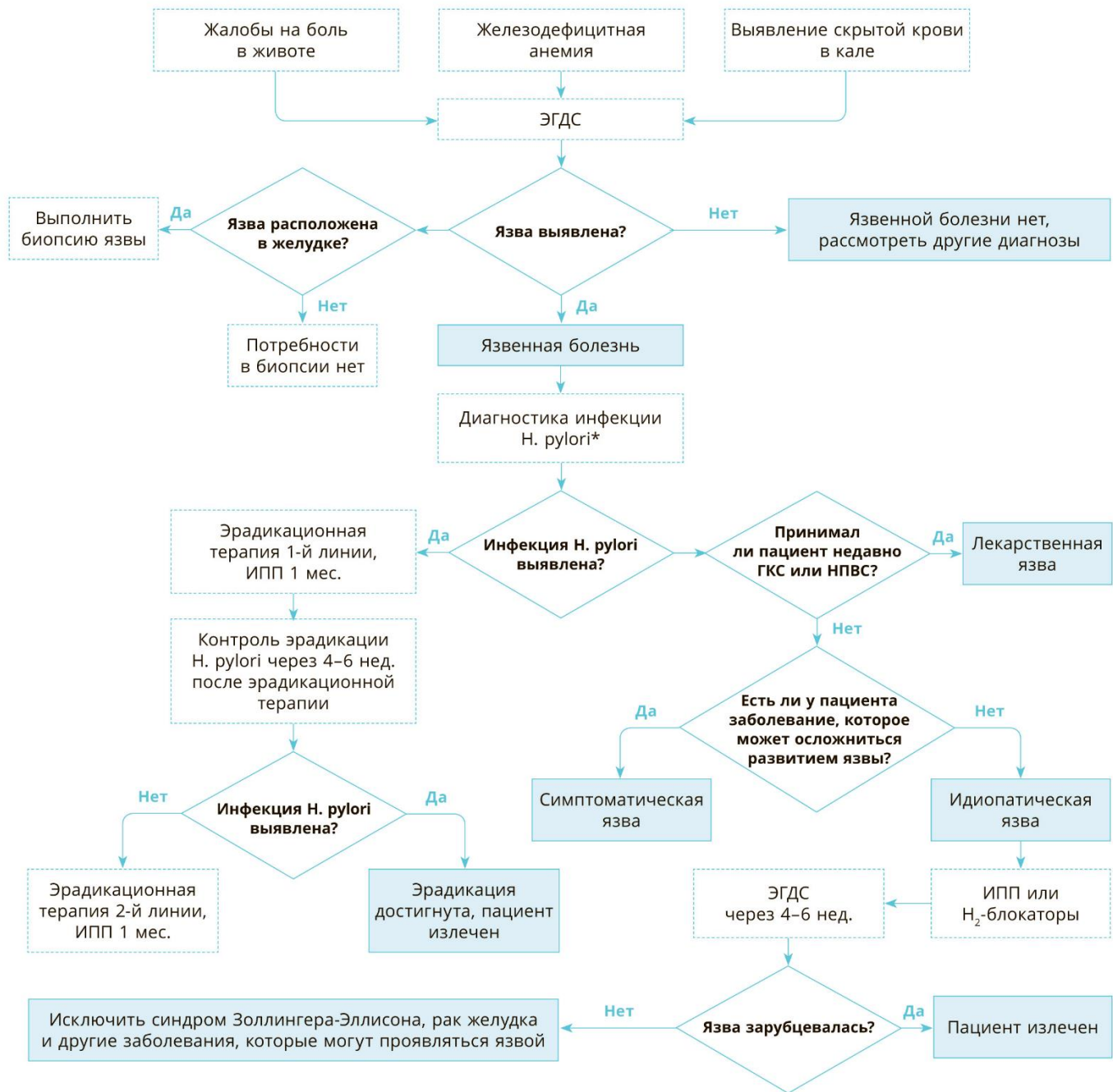
Отрицательный результат исследования на инфекцию *H. pylori* должен быть подтвержден другим методом диагностики

4

Пациентам с язвенными кровотечениями при определении у них инфицированности *H. pylori* показано проведение С-уреазного дыхательного теста

Алгоритмы диагностики

Диагностический алгоритм для врача при подозрении на ЯБ. Если вы планируете провести диагностику пациенту - воспользуйтесь алгоритмом из клинических рекомендаций Минздрава, который представлен ниже.



* Антитела против *H. pylori* IgG или уреазный дыхательный тест, или CLO-тест, или кал на антиген к *H. pylori*, или кал на ДНК (ПЦР) *H. pylori*
 ** Уреазный дыхательный тест, или CLO-тест, или кал на антиген к *H. pylori*, или кал на ДНК (ПЦР) *H. pylori*

Рис. 1. Алгоритм диагностики при подозрении на язвенную болезнь.

Тактика врача при лечении и диагностике ЯБ связана с *H.pylori*. В клинических рекомендациях Минздрава представлен подробный алгоритм о лечебной тактике с учетом эффективности эрадикационной терапии.

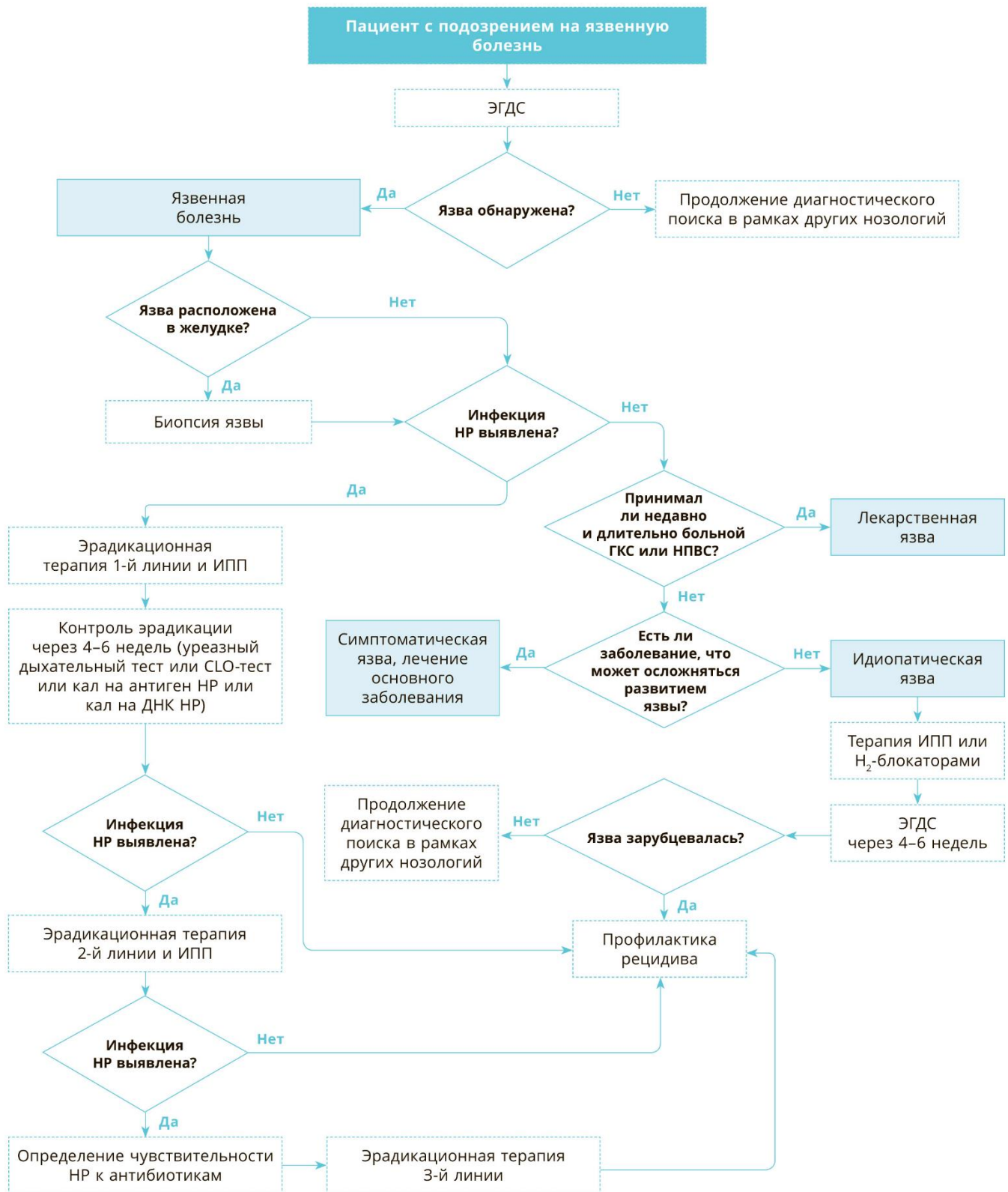


Рис. 2. Алгоритм лечебной тактики врача при язвенной болезни с учетом *H. pylori*.

Лечение язвенной болезни

Диетотерапия

Рекомендации по диете без изменений: частое дробного питания до 5–6 раз в сутки, продукты механического, термического и химического щажения. Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка

и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и перченую пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соленья и маринады, газированные воды, фруктовые соки, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые.

Консервативное лечение

- При обострении ЯБ для заживления язв показана антисекреторная терапия ингибиторами протонного насоса (ИПН) в течение 4–6 недель. Омепразол – в суточной дозе 20 мг, лансопразол – в дозе 30 мг, пантопразол – в дозе 40 мг, рабепразол – в дозе 20 мг, эзомепразол – в дозе 20 мг. Продолжительность лечения по результатам эндоскопического контроля с интервалами 2–4 недели. Антисекреторная терапия с применением ИПН – это базисная терапия лечения идиопатических гастродуоденальных язв.
- Н-блокаторы необходимы при терапии ИПН без эффекта в течение 4–6 недель.
- Эрадикационная терапия показана всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* для профилактики последующих рецидивов.
- Пациентам с язвенным кровотечением рекомендовано внутривенное введение ингибиторов протонного насоса.

Для справки

По рекомендациям Европейской рабочей группы по изучению *H. pylori* «Маастрихт-V» (2016), выбор схемы эрадикации зависит от частоты резистентности штаммов *H. pylori* в регионе к кларитромицину. Если показатели резистентности не превышают 15%, то в качестве схемы первой линии показана стандартная тройная терапия без предварительного тестирования. Показатели устойчивости штаммов *H. pylori* к кларитромицину в России не превышают 10%, поэтому схема первой линии – стандартная тройная схема эрадикационной терапии, включающая в себя ИПН в стандартной дозе 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки.

Повышение эффективности стандартной тройной терапии:

1. Дважды в день повышенная доза ИПН.
2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПН и кларитромицином до 14 дней.
3. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приема лекарственных средств.

Как вариант эрадикационной терапии первой линии - четырехкомпонентная схема на основе висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки в комбинации с ИПН в стандартной дозе 2 раза в сутки, тетрациклином 500 мг 4 раза в сутки, метронидазолом по 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом допустима как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии. Другая схема терапии

второй линии – ИПН в стандартной дозе 2 раза в сутки, левофлоксацин в дозе 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин в дозе 1000 мг 2 раза в сутки.

Только врач-гастроэнтеролог по показаниям назначает терапию с левофлоксацином

Терапия третьей линии основывается на определении индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам и показана пациентам с лабораторно и эндоскопически подтвержденным язвенным кровотечением.

Хирургическое лечение

Пациентам с осложненными формами ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки показана госпитализация в стационар хирургического профиля. В первые 2 часа после госпитализации эзофагогастродуоденоскопия с целью верификации источника кровотечения и выполнение эндоскопического гемостаза. Необходимо экстренное хирургическое вмешательство для верификации источника кровотечения и его остановки при неэффективности эндоскопического гемостаза. Пациентам с перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки показано проведение экстренной операции с целью ликвидации перфорационного отверстия. Пациентам с ЯБ после хирургического лечения показаны диагностические исследования на *H. pylori*, эрадикационная и поддерживающая терапия. Пациентам с пилородуоденальным стенозом показаны эндоскопическая баллонная дилатация, пилоропластика и дренирующие операции.