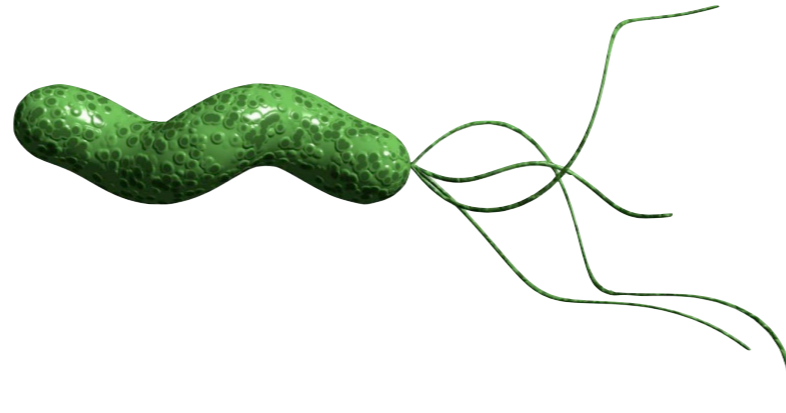


ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО
Кафедра терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядыка



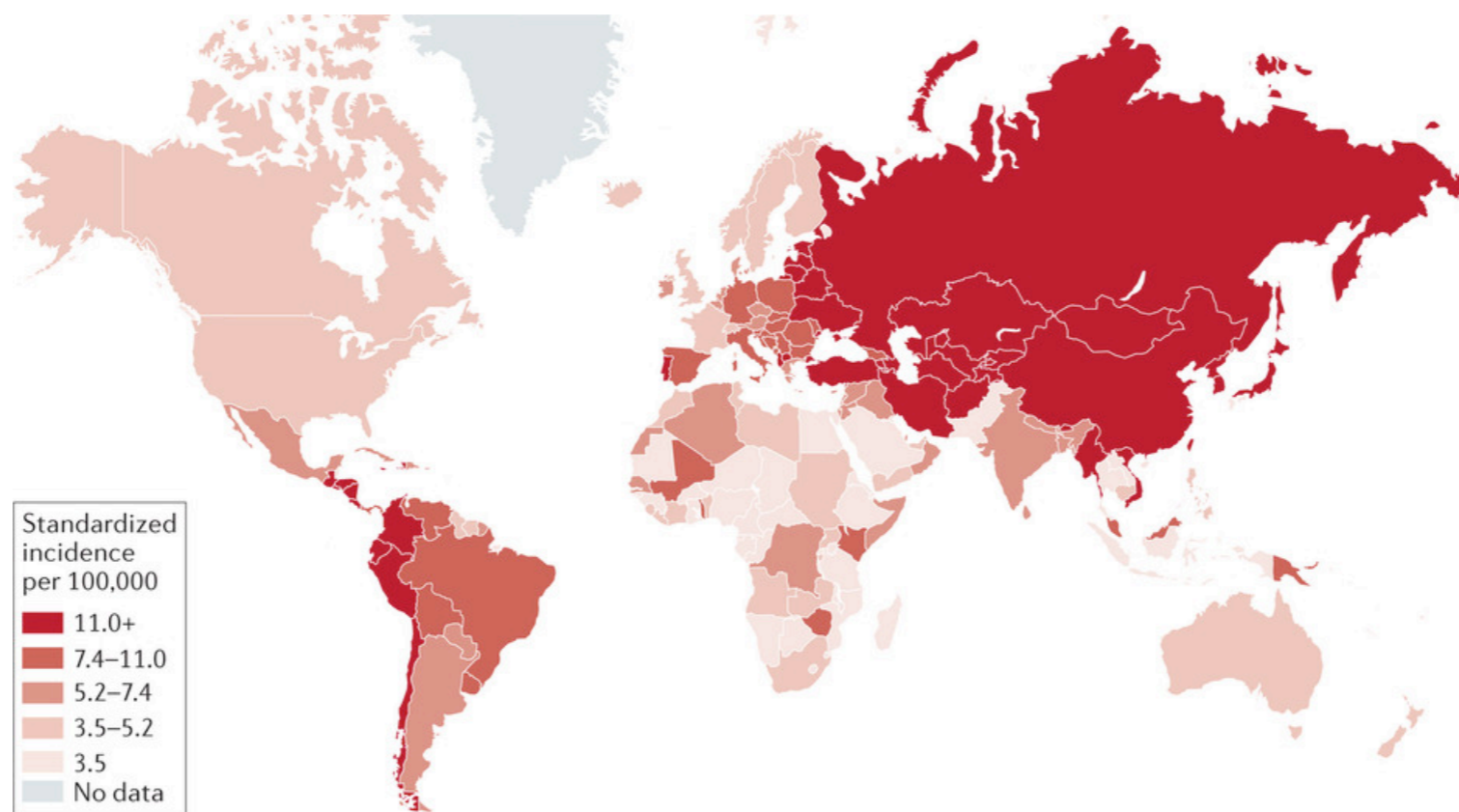
Эрадикационная терапия ***Helicobacter pylori* : преимущества и** **недостатки**



асс., к.мед.н. Куглер Т.Е.
зав.кафедрой, к.м.н., доц.Тарадин Г.Г.

Донецк
2021

Распространенность *H.pylori* в мире



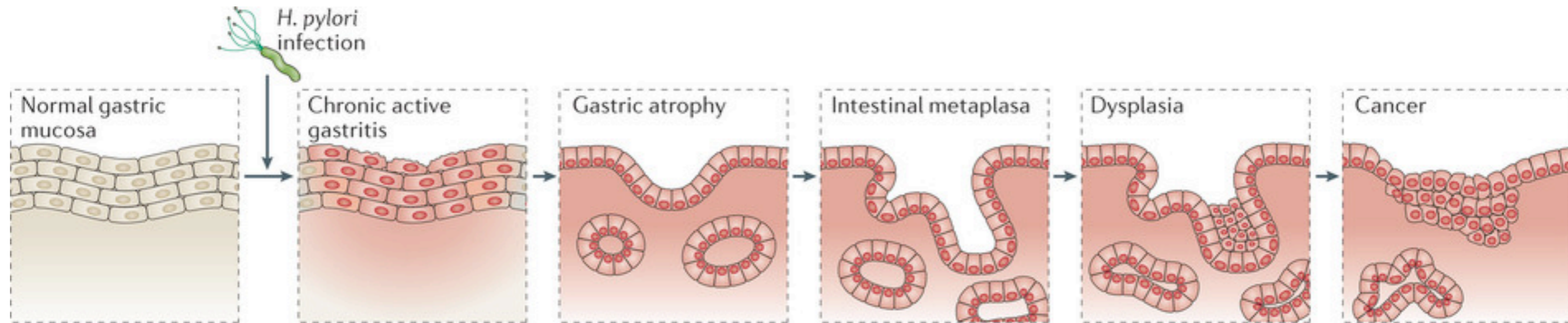
Nature Reviews | Gastroenterology & Hepatology

***Helicobacter pylori* (*H.pylori*)** - грамотрицательная бактерия, поражающая около 4,4 миллиарда человек во всем мире. Инфекция может передаваться орально-оральным или фекально-оральным путем, патоген обладает различными механизмами, улучшающими его способность к мобильности и адгезии. Распространенность (65–92%) варьирует в зависимости от географического региона и обуславливает высокую частоту хронического гастрита, язвенной болезни, рака желудка и других заболеваний, ассоциированных с *H.pylori*.

Leja M, Grinberga-Derica I, Bilgilier C, Steininger C. Review: Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter*. 2019 Sep;24 Suppl 1:e12635

Ford AC, Yuan Y, Moayyedi P. *Helicobacter pylori* eradication therapy to prevent gastric cancer: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2020 Dec; 69(12) 2113-2121.

H. pylori и рак желудка



Nature Reviews | Gastroenterology & Hepatology

Поэтапная схема канцерогенеза желудка представляет собой продолжение впервые опубликованной в 1975 году модели Correa. Эта модель предполагает, что рак желудка является конечным результатом ряда мутаций, которые начинаются после инфицирования *H. pylori*, что приводит к развитию хронического гастрита, желудочной атрофии и кишечной метаплазии, затем дисплазии и, в конечном счете, аденокарциномы. Риск развития аденокарциномы или MALT-лимфомы слизистой оболочки желудка при инфицировании *H. pylori* составляет 1-3%.

Crowe Sh.. *Helicobacter pylori* Infection. *N Engl J Med* 2019; 380:1158-1165

O'Connor A., O'Morain C., Ford A. Population screening and treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Nature reviews. Gastroenterology and Hepatology* 2017;14: 230-240

Every H.pylori infected person should be offered eradication therapy



Prof. Peter Malfertheiner, MD

Professor of Medicine and chairman of the Department of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, Otto-v.-Guericke-University, Magdeburg

Стратегия «SCREEN and TREAT»

Guidelines



OPEN ACCESS

Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis

Kentaro Sugano,¹ Jan Tack,² Ernst J Kuipers,³ David Y Graham,⁴ Emad M El-Omar,⁵ Soichiro Miura,⁶ Ken Haruma,⁷ Masahiro Asaka,⁸ Naomi Uemura,⁹ Peter Malfertheiner,¹⁰ on behalf of faculty members of Kyoto Global Consensus Conference

Guidelines

Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report

P Malfertheiner,¹ F Megraud,² C A O'Morain,³ J P Gisbert,^{4,5} E J Kuipers,⁶ A T Axon,⁷ F Bazzoli,⁸ A Gasbarrini,⁹ J Atherton,¹⁰ D Y Graham,¹¹ R Hunt,^{12,13} P Moayyedi,¹⁴ T Rokkas,¹⁵ M Rugge,¹⁶ M Selgrad,¹⁷ S Suerbaum,¹⁸ K Sugano,¹⁹ E M El-Omar,²⁰ on behalf of the European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel

Лечение инфекции *Helicobacter pylori*: мейнстрим и новации

(Обзор литературы и резолюция Экспертного совета Российской гастроэнтерологической ассоциации 19 мая 2017 г.)

В.Т. Ивашкин¹, И.В. Маев², Т.Л. Лапина¹, А.А. Шептулин¹, А.С. Трухманов¹, Р.А. Абдулхаков³, С.А. Алексеенко⁴, Н.Н. Дехнич⁵, Р.С. Козлов⁶, И.Л. Кляритская⁷, С.А. Курилович⁸, М.Ф. Осипенко⁹, В.И. Симаненков¹⁰, И.Б. Хлынов¹¹

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых

В.Т. Ивашкин¹, И.В. Маев², Т.Л. Лапина¹, А.А. Шептулин¹, А.С. Трухманов¹,
Е.К. Баранская¹, Р.А. Абдулхаков³, О.П. Алексеева⁴, С.А. Алексеенко⁵,
Н.Н. Дехнич⁶, Р.С. Козлов⁷, И.Л. Кляритская⁸, Н.В. Корочанская⁹,
С.А. Курилович^{10,11}, М.Ф. Осипенко¹¹, В.И. Симаненков¹², А.В. Ткачев¹³,
И.Б. Хлынов¹⁴, В.В. Цуканов¹⁵

- **Хронический гастрит, вызванный инфекцией *H.pylori*, в том числе у «бессимптомных» лиц, можно рассматривать как показание к проведению эрадикационной терапии инфекции *H.pylori* в качестве этиотропного лечения и оппортунистического скрининга для профилактики рака желудка. Показаниями к обязательному проведению антихеликобактерной терапии служат язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, MALT-лимфома желудка, ранний рак желудка с эндоскопической резекцией.**
- **В качестве методов первичной диагностики инфекции *H.pylori* используют дыхательный тест с мочевиной, меченной ¹³C, определение антигена *H.pylori* в кале лабораторным способом, быстрый уреазный тест и серологический метод. После проведения антихеликобактерной терапии серологический метод не применяют.**
- **Согласно результатам большинства региональных исследований, показатели устойчивости штаммов *H.pylori* к кларитромицину в России не выше 15%. Получены данные об отсутствии высокой устойчивости *H.pylori* к метронидазолу и о низком уровне двойной устойчивости к кларитромицину и метронидазолу.**

- **Терапией первой линии для эрадикации инфекции *H.pylori* служит стандартная тройная терапия, включающая ингибитор протонной помпы (ИПП), кларитромицин и амоксициллин. Стандартную тройную терапию следует проводить, применяя различные меры, повышающие ее эффективность.**
- **В качестве альтернативного варианта эрадикационной терапии первой линии может быть использована классическая четырехкомпонентная терапия на основе висмута трикалия дицитрата или квадротерапия без препаратов висмута, которая включает ИПП, амоксициллин, кларитромицин и метронидазол. Квадротерапию с висмута трикалия дицитратом применяют также как основную схему терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии.**
- **Другая схема терапии второй линии включает ИПП, левофлоксацин и амоксициллин. Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только гастроэнтерологом по строгим показаниям.**
- **Терапию третьей линии подбирают индивидуально в зависимости от выбора предшествующих схем лечения. Среди методов оптимизации, позволяющих повысить эффективность эрадикационной терапии инфекции *H.pylori*, следует отметить увеличение продолжительности лечения до 14 дней, выбор более современного ИПП или увеличение дозы ИПП, добавление висмута трикалия дицитрата или пробиотика.**

Увеличение длительности эрадикации *H.pylori*

**Маастрихт III
(2005) - 7 дней**

*«...A **seven day** treatment may be acceptable where local studies show that it is effective»*

**Маастрихт IV
(2010) - 10 дней**

*«Extending the duration of PPI-clarithromycin-containing triple treatment from 7 to **10-14 days** improves the eradication success by approximately 5% and may be considered»*

**Маастрихт V
(2016) - 14 дней**

*«The treatment duration of bismuth quadruple therapy should be extended to **14 days**, unless 10 day therapies are proven effective locally»*

К чему приводит увеличение длительности эрадикации *H.pylori*?



Побочные эффекты эрадикации



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Optimum duration of regimens for *Helicobacter pylori* eradication (Review)

Yuan Y, Ford AC, Khan KJ, Gisbert JP, Forman D, Leontiadis GI, Tse F, Calvet X, Fallone C, Fischbach L, Oderda G, Bazzoli F, Moayyedi P

При стандартной тройной 7-дневной терапии **частота побочных эффектов** составила **53,3%**.

Наиболее частые побочные эффекты: диарея (8%), металлический привкус во рту (7%), абдоминальная боль (5%), тошнота и рвота (5%), головная боль (4%), стоматит (2,5%), кожная сыпь (2%). При использовании эрадикационных схем второй и третьей линий неблагоприятные последствия носили более серьёзный характер: развитие тендинитов и токсических гепатитов при приеме фторхинолонов; лейкопения у 25% пациентов, получавших рифабутин; псевдомембранозный колит.

Частота осложнений значительно повышалась при увеличении длительности эрадикационной терапии с 7 до 14 дней (15,5% против 19,4 %; OR =1,21, 95% ДИ 1,06-1,37).

Побочные эффекты эрадикации : антибиотики

Research

Original Investigation

Association Between Acute Neuropsychiatric Events and *Helicobacter pylori* Therapy Containing Clarithromycin

Angel Y. S. Wong, BSc; Ian C. K. Wong, PhD; Celine S. L. Chui, MSc; Edwin H. M. Lee, FHKCPsych;
W. C. Chang, FHKCPsych; Eric Y. H. Chen, MD; Wai K. Leung, MD; Esther W. Chan, PhD

Дизайн исследования: случай-контроль. Пациенты проходили 14-дневный курс эрадикации *H.pylori*, включавший кларитромицин. У 1824 из 66 559 больных были впервые зарегистрированы эпизоды психических или когнитивных нарушений. Отмечено четырехкратное увеличение частоты нейропсихических расстройств, включавших психоз, депрессию и бессонницу во время 14-дневной антихеликобактерной терапии, по сравнению с таковыми до её проведения или после окончания (OR=4,12, 95% ДИ 2,94-5,76).

О возможности развития галлюцинаций при применении кларитромицина указывают эксперты Всемирной организации здравоохранения и FDA. Механизм действия, определяющий нейропсихические эффекты кларитромицина, остается недостаточно изученным. Предлагается ряд гипотез, включающих прямое токсическое воздействие на ЦНС его активного метаболита (14-гидроксиларитромицина), изменение метаболизма кортизола, простагландина и других гормонов, а также взаимодействие с нейротрансмиттерами (глутамат и гамма-аминомасляная кислота).

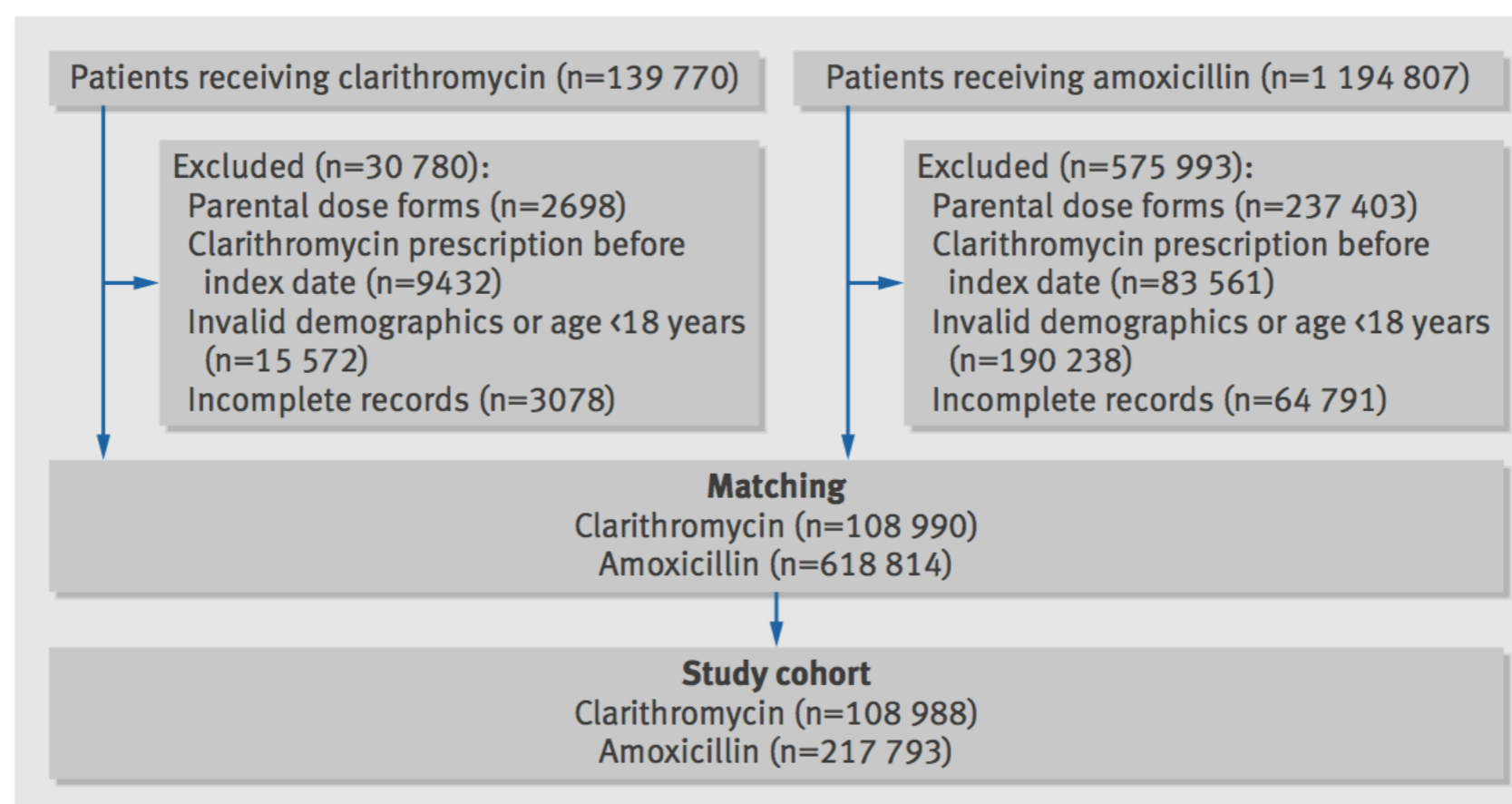


Cardiovascular outcomes associated with use of clarithromycin: population based study

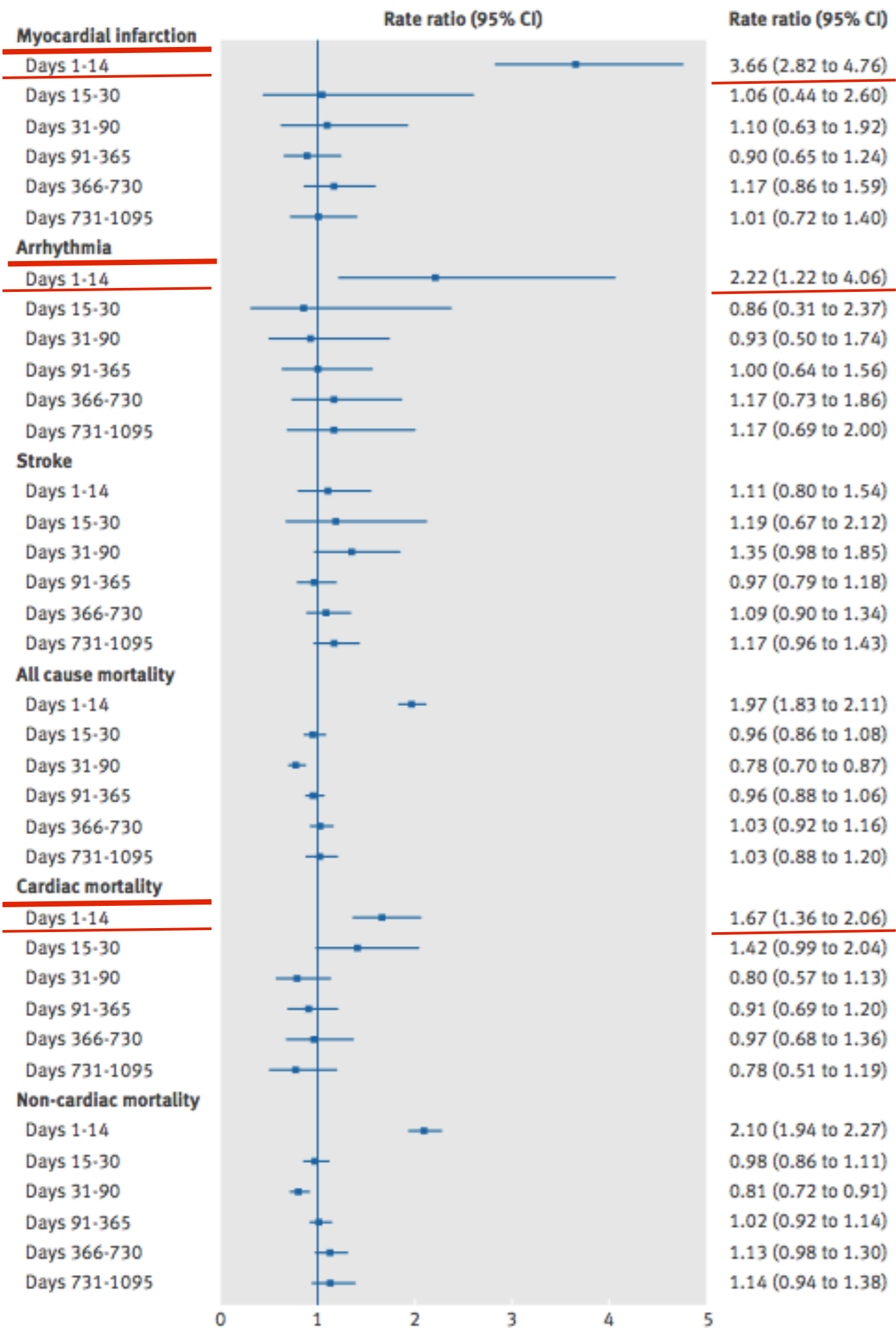
Angel Y S Wong,¹ Adrian Root,² Ian J Douglas,² Celine S L Chui,¹ Esther W Chan,¹
Yonas Ghebremichael-Weldeselassie,³ Chung-Wah Siu,⁴ Liam Smeeth,² Ian C K Wong^{1,5}

Цель исследования:

установить присутствует ли связь между приемом кларитромицина и развитием кардиоваскулярных осложнений?



Дизайн исследования: популяционное. Критериям включения соответствовали пациенты старше 18 лет, получавшие кларитромицин (n=108 998) или амоксициллин (n=217 793) в схемах эрадикационной терапии. Первичной конечной точкой являлись случаи инфаркта миокарда. Вторичные конечные точки - общая смертность, кардиоваскулярная смертность, аритмии и инсульт.



Результаты исследования

Применение кларитромицина ассоциировалось с увеличением риска развития инфаркта миокарда, аритмий (в том числе по типу *torsades de pointes*) и кардиоваскулярной смертности.

Частота развития инфаркта миокарда при приеме кларитромицина была в 3.66 раза выше (95% ДИ 2.82-4.76), чем при приеме амоксициллина. Аналогичным образом наблюдалось повышение риска развития аритмий и других причин кардиоваскулярной смертности в период проведения эрадикационной терапии.

Скорректированная разница относительного риска развития кардиоваскулярного осложнения при сравнении кларитромицина и амоксициллина составила 1,9 дополнительных случаев инфаркта миокарда (95% ДИ 1,3-2,68).

Необходимо с осторожностью подходить к назначению кларитромицина, особенно пациентам с исходно повышенным кардиоваскулярным риском

Clarithromycin, lansoprazole, and metronidazole eradicated *H. pylori* infection in chronic renal insufficiency

Sheu BS, Huang JJ, Yang HB, Huang AH, Wu JJ. The selection of triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication in chronic renal insufficiency. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;17:1283-90.

Цель исследования: установить какая схема эрадикационной терапии более эффективна у пациентов с ХБП: кларитромицин+лансопразол+метронидазол или кларитромицин+лансопразол+амоксициллин

Дизайн: Рандомизированное слепое контролируемое исследование. 44 пациента принимали кларитромицин 500 мг, лансопразол 30 мг и метронидазол 500 мг; 44 пациента принимали кларитромицин 500 мг, лансопразол 30 мг и 750 мг амоксициллина два раза в день в течение 1 недели.

Clarithromycin, lansoprazole, and metronidazole (CLM) vs clarithromycin, lansoprazole, and a reduced dosage of amoxicillin (CLA) in *Helicobacter pylori* infection and chronic renal insufficiency at 6 weeks†

Outcomes	CLM	CLA	RBI (95% CI)	NNT (CI)
Successful eradication of <i>H. pylori</i>	84%	66%	28% (0 to 68)	6 (3 to ∞)
Complete compliance (7 d triple therapy completed)	77%	52%	48% (8 to 110)	4 (3 to 21)
			RRR (CI)	
Acute renal failure	2%	18%	88% (28 to 98)	7 (4 to 26)

†Abbreviations defined in Glossary; RBI, RRR, NNT, and CI calculated from data in article.

Заключение: применение амоксициллина сопровождалось развитием ОПП в 18% случаев. Терапия, включавшая метронидазол, превосходила по эффективности (84 % и 66 %, $p < 0,05$) и имела значительно меньше побочных эффектов – частота развития ОПП – 2% (OR=0,128; 95% ДИ 0,016–0,979).

Побочные эффекты эрадикации: ИПП

Proton-pump Inhibitors and Chronic Kidney Disease: Hidden Consequences of an Inappropriate Drug Use?

Helmut Schiffl¹, Emad Al-Nemnem², Susanne M. Lang²

¹Department of Internal Medicine IV, University Hospital Munich, Munich, ²Department of Internal Medicine 2, SRH Wald-Klinikum Gera, Gera, Germany

Saudi Journal
of Kidney Diseases
and Transplantation

Saudi J Kidney Dis Transpl 2020;31(2):312-319
© 2020 Saudi Center for Organ Transplantation

«ИПП, антибиотики и НПВП входят в тройку лидеров среди лекарственных средств, вызывающих острый тубулоинтерстициальный нефрит»

Анализ данных FDA 2019 года по безопасности лекарственных средств (более десяти миллионов сообщений о нежелательных явлениях препаратов) указал на повышение риска развития острого повреждения почек (ОПП) и хронического заболевания почек (ХБП) при монотерапии ИПП по сравнению с терапией антагонистами H₂-гистаминовых рецепторов. Впервые, было отчетов о безопасности FDA было достаточно для анализа эффектов отдельных классов ИПП. Авторы наблюдали значительно повышенный риск ОПП, ХБП или развития терминальной почечной недостаточности у пациентов, получающих монотерапию лансопразолом, эзомепразолом и омепразолом. Пациенты, получавшие пантопразол, имели повышенный риск ОПП, но не имели значительного увеличения частоты ХБП или ТПН».

Побочные эффекты эрадикации: ИПП

Am J Cardiovasc Drugs

DOI 10.1007/s40256-016-0160-9

Springer International Publishing Switzerland 2016

CURRENT OPINION

How May Proton Pump Inhibitors Impair Cardiovascular Health?

[Roman A. Sukhovshin](#)¹ · [John P. Cooke](#)¹

Key Points

According to a majority of experimental and clinical observations, proton pump inhibitors (PPIs) appear to have adverse cardiovascular effects.

PPIs may affect cardiovascular health by several mechanisms, which include reduction of nitric oxide bioavailability, electrolyte imbalance and interaction with some antiplatelet agents.

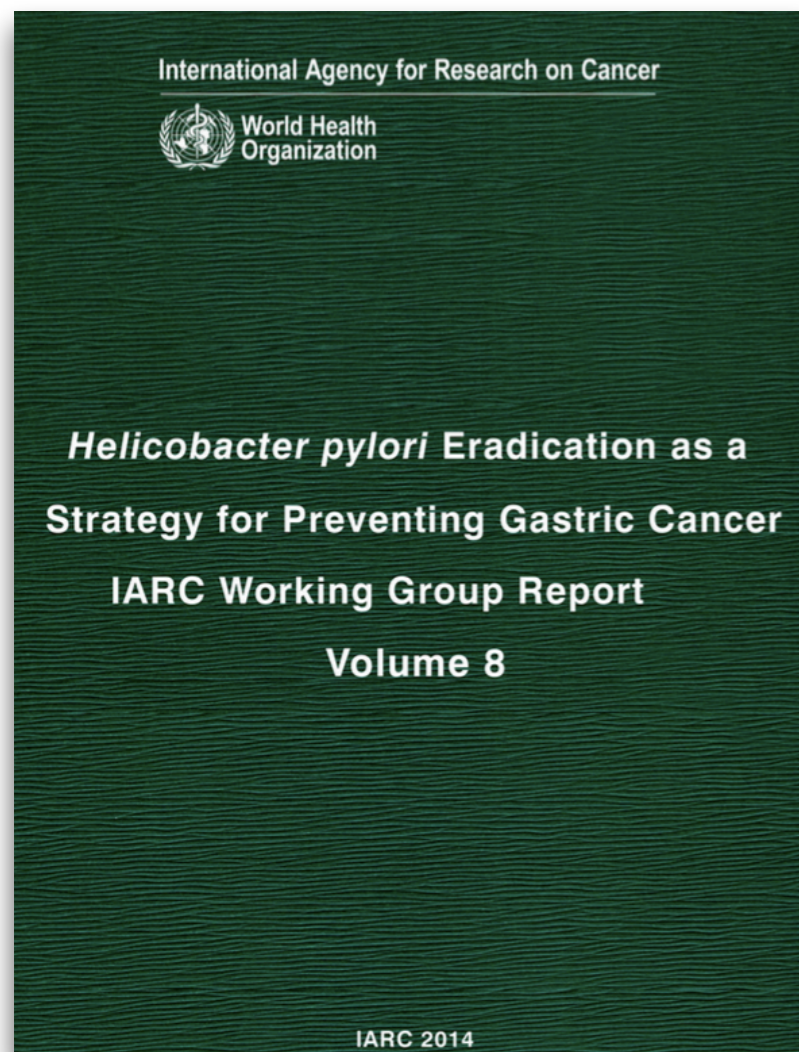
Long-term administration of PPIs is not approved by the FDA and should be avoided, especially in patients at high cardiovascular risk.

«Согласно результатам большинства экспериментальных и клинических наблюдений, ИПП оказывают неблагоприятное воздействие на сердечно-сосудистую систему»

«Влияние ИПП на сердечно-сосудистую систему обусловлено несколькими механизмами, включающими снижение биодоступности оксида азота, дисбаланс электролитов и взаимодействие с некоторыми антиагрегантными препаратами»

«Длительное применение ИПП не одобрено Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) и его следует избегать, особенно у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском»

Побочные эффекты эрадикации: антибиотикорезистентность



Схемы эрадикации *H.pylori* содержат антибиотики широкого спектра действия (такие как амоксициллин, кларитромицин и фторхинолоны), что может привести к росту антибиотикорезистентности. Этот вопрос вызывает особую озабоченность в отношении препаратов, которые используются для лечения серьезных или опасных для жизни инфекций. Например, неоправданно широкое использование рифабутина, который используется в качестве терапии спасения при эрадикации резистентных штаммов *H. pylori*, может поставить под угрозу эффективность лечения мультирезистентного туберкулеза. Показатели антибиотикорезистентности растут и это считается самой большой причиной неэффективности эрадикационной терапии.

Экстрагастральные проявления *H.pylori* : ГЭРБ



World Journal of
Gastroenterology

World J Gastroenterol. Jul 28, 2020; 26(28): 4076-4093
Published online Jul 28, 2020. doi: [10.3748/wjg.v26.i28.4076](https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i28.4076)

***Helicobacter pylori* infection: Beyond gastric manifestations**

Maria Luísa Cordeiro Santos, Breno Bittencourt de Brito, Filipe Antônio França da Silva, Mariana Miranda Sampaio, Hanna Santos Marques, Natália Oliveira e Silva, Dulciene Maria de Magalhães Queiroz, Fabrício Freire de Melo

World J Gastroenterol. Feb 21, 2021; 27(7): 545-560
Published online Feb 21, 2021. doi: [10.3748/wjg.v27.i7.545](https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i7.545)

***Helicobacter pylori*: Commensal, symbiont or pathogen?**

- Роль инфекции *H.pylori* при ГЭРБ противоречива, поскольку ассоциированный с ней гастрит может приводить как к увеличению, так и к снижению секреции кислоты, в зависимости от пораженной области желудка. С одной стороны, антральный гастрит, ассоциированный с *H.pylori*, вызывает повышенную кислотность, усугубляя ГЭРБ. С другой стороны, гастрит тела желудка приводит к пониженной кислотности и играет защитную роль против этого заболевания. Такое защитное поведение можно объяснить бактериальными генетическими факторами, ассоциированными с цитотоксином *H.pylori* (CagA), если CagA-положительные штаммы связаны с атрофическим гастритом и ингибированием секреции кислоты, то предполагается, что они могут обеспечивать защиту от ГЭРБ.

Экстрагастральные проявления

H.pylori : ГЭРБ

- В метаанализе, проведенном Wang et al., в котором участвовали двадцать РКИ, оценивалось начало симптомов ГЭРБ и поражения пищевода, сравнивая *H. pylori*-положительных пациентов, прошедших бактериальную эрадикацию, с другими пациентами, которые ее не прошли. Результаты показали рост заболеваемости рефлюкс-эзофагитом среди пролеченных пациентов (ОШ = 1,62, 95% ДИ: 1,20-2,19, P = 0,002).
- Недавний метаанализ, включавший 35 исследований, показал, что инфекция *H.pylori* может снизить риск развития аденокарциномы пищевода (ОШ = 0,71, 95% ДИ: 0,57–0,92). Между тем, в этих исследованиях не различали пациентов, инфицированных *CagA*-положительным *H.pylori*, от пациентов, колонизированных *CagA*-отрицательными бактериями.
- Метаанализ, проведенный Zhao et al., продемонстрировал, что эрадикационная терапия может привести к эрозивной ГЭРБ: ОР для развития эрозивной ГЭРБ после эрадикации *H.pylori* составлял 1,67 (95% ДИ: 1,12–2,48; P = 0,01).
- Chung et al. выявили четкую обратную связь между обнаружением *H.pylori* и ГЭРБ: распространенность инфекции *H.pylori* была ниже в случаях с рефлюкс-эзофагитом, чем в контрольной группе (38,4% против 58,2%, P <0,001). Также было обнаружено, что тяжесть эзофагита обратно коррелировала с обнаружением *H.pylori*. Ожидается, что активность уреазы *H.pylori* способствует нейтрализации кислотности желудочного сока и, следовательно, снижает риск кислотного рефлюкса.

Экстрагастральные проявления

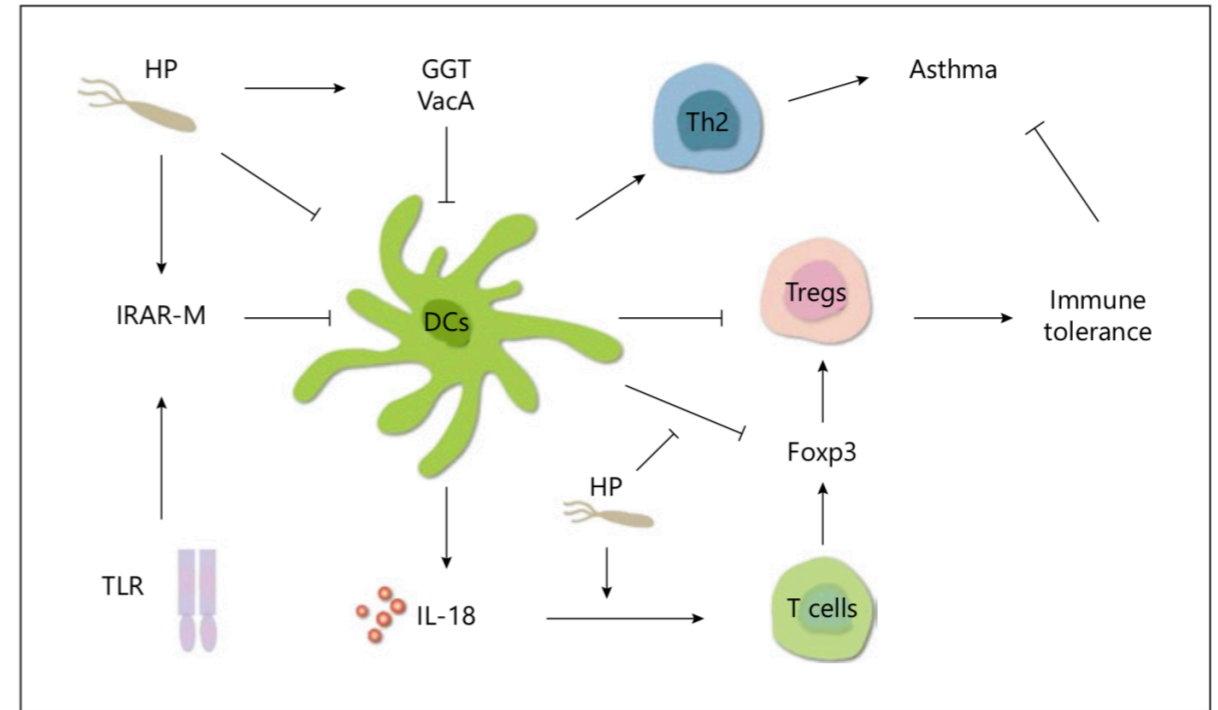
H.pylori : атопия

- Chen et al. сообщили, что обнаружение *H.pylori* у пациентов молодого и среднего возраста (средний возраст 25 лет) обратно коррелирует не только с астмой, но и с другими атопическими заболеваниями (дерматитом, атопической сыпью и экземой). Исследователи обнаружили сильную обратную связь между *H.pylori* и ранним началом астмы (≤ 5 лет): ОШ = 0,58; 95% ДИ: 0,38-0,88. Разница в текущем статусе пациентов также была статистически значимой: астма наблюдалась реже у пациентов с выявленной инфекцией *H.pylori* ($P = 0,03$).
- Elias et al. показали, что 25% и 40% детей были серопозитивными на IgG в основной и контрольной группах соответственно ($P = 0,03$) (возраст детей варьировал от 4,8 до 17,3 лет). Интересно, что серопозитивность *saqA* IgG была связана с низким риском астмы [скорректированный ОР=0,30 (95% ДИ: 0,10–0,87)]. Однако этот образец не был обнаружен для *saqA*-отрицательной серологии [скорректированный ОР = 0,64 (95% ДИ: 0,30–1,37)]. Как и в предыдущем исследовании, серопозитивные дети имели более низкую вероятность астмы, чем серонегативные дети [скорректированный ОР = 0,29 (95% ДИ: 0,10–0,82)].
- Pachathundikandi et al. связали феномен толерантности со способностью антигенов *H.pylori* активировать инфламмосомы и стимулировать выработку цитокинов, таких как IL-1b и IL-18. Авторы утверждают, что такая регуляция цитокинов помогает снизить гиперреактивацию иммунной системы и, как следствие, предотвращает развитие как астмы, так и воспалительных заболеваний кишечника.

The Protective Effects of *Helicobacter pylori* Infection on Allergic Asthma

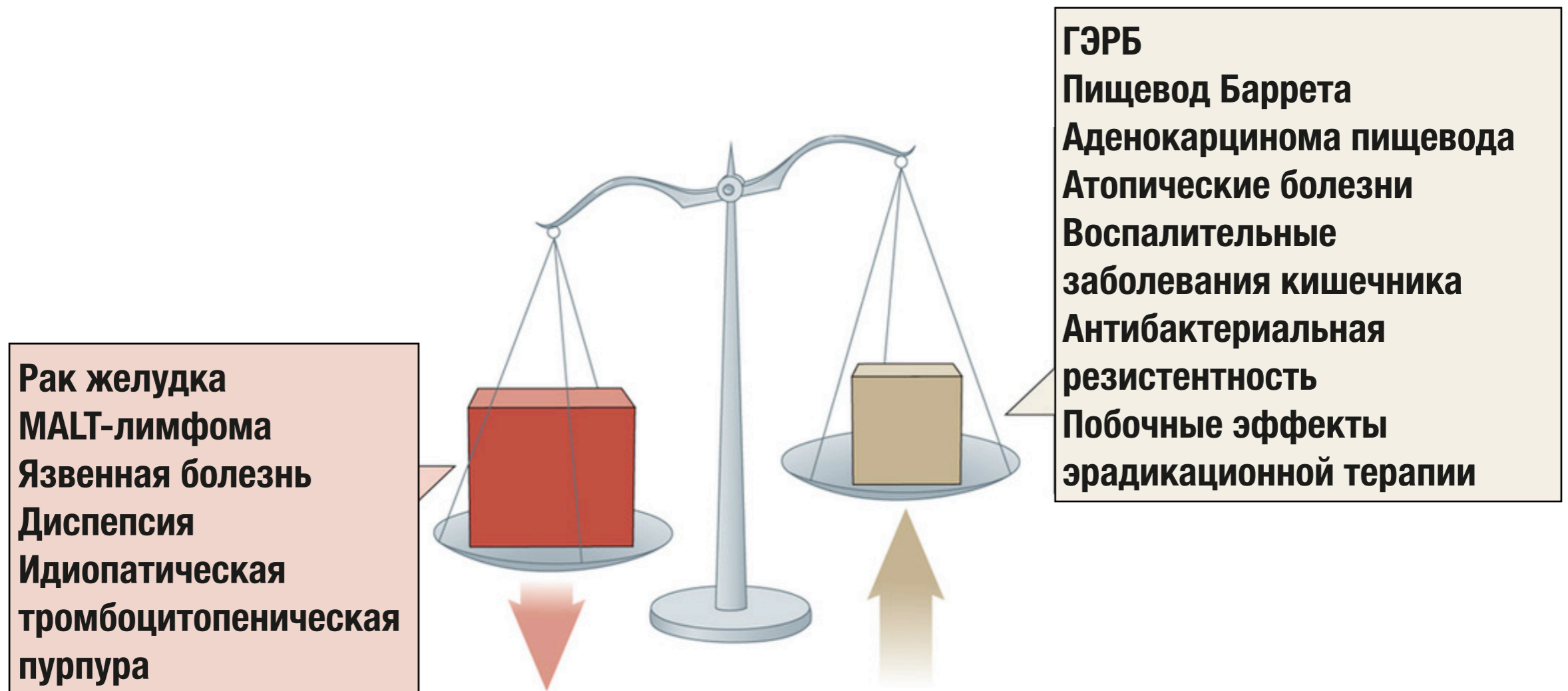
Zhi Tong Zuo^a Ya Ma^b Yan Sun^a Cui Qing Bai^a Chun Hua Ling^c
Feng Lai Yuan^d

^aDepartment of Respiratory Disease, The Hospital Affiliated to Jiangnan University, Wuxi, China; ^bWuxi Medical College of Jiangnan University, Wuxi, China; ^cDepartment of Respiratory Disease, First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou, China; ^dDepartment of Orthopaedics and Central Laboratory, The Hospital Affiliated to Jiangnan University, Wuxi, China



Возникают опасения по поводу широкого применения эрадикационной терапии, например, устойчивости к противомикробным препаратам и увеличения распространенности заболеваний, которые отрицательно коррелируют с инфекцией *H.pylori*, включая ожирение, астму, ГЭРБ и пищевод Барретта. Таким образом, селективная идентификация и уничтожение только вирулентных штаммов *H.pylori* имеют большое значение в эрадикационной терапии. *H.pylori* может защищать от бронхиальной астмы, регулируя баланс Т-хелперов1 / Т-хелперов2 и Т-хелперов7 / Т-регуляторных клеток, ингибируя дендритные клетки и HSP70 (белки теплового шока), активируя TLR (толл-подобные рецепторы) и уменьшая гастроэзофагеальный рефлюкс. Гипотеза гигиены, гипотеза «исчезающей микробиоты» и теория оси «кишечник-легкие» подтверждают этот защитный эффект. «Лечебные продукты», производимые *H.pylori*, можно использовать для профилактики и лечения астмы. В частности, перинатальное воздействие *H.pylori* может уменьшить аллергическое воспаление дыхательных путей у детей, что также дает новые возможности для интервенционного лечения астмы.

Helicobacter pylori: Друг или Враг?



Перспективы эрадикационной терапии

THE LANCET

Efficacy, safety, and immunogenicity of an oral recombinant *Helicobacter pylori* vaccine in children in China: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial

Ming Zeng, PhD[†], Prof Xu-Hu Mao, PhD[†], Jing-Xin Li, MSc, Wen-De Tong, MSc, Bin Wang, PhD, Yi-Ju Zhang, BS, Prof Gang Guo, PhD, Zhi-Jing Zhao, PhD, Liang Li, MSc, De-Lin Wu, BS, Dong-Shui Lu, BS, Zhong-Ming Tan, BS, Hao-Yu Liang, MSc, Prof Chao Wu, PhD, Da-Han Li, BS, Prof Ping Luo, PhD, Prof Hao Zeng, PhD, Wei-Jun Zhang, MSc, Jin-Yu Zhang, PhD, Bo-Tao Guo, PhD, Dr Feng-Cai Zhu, MSc✉✉, Prof Quan-Ming Zou, PhD✉✉

[†] Contributed equally

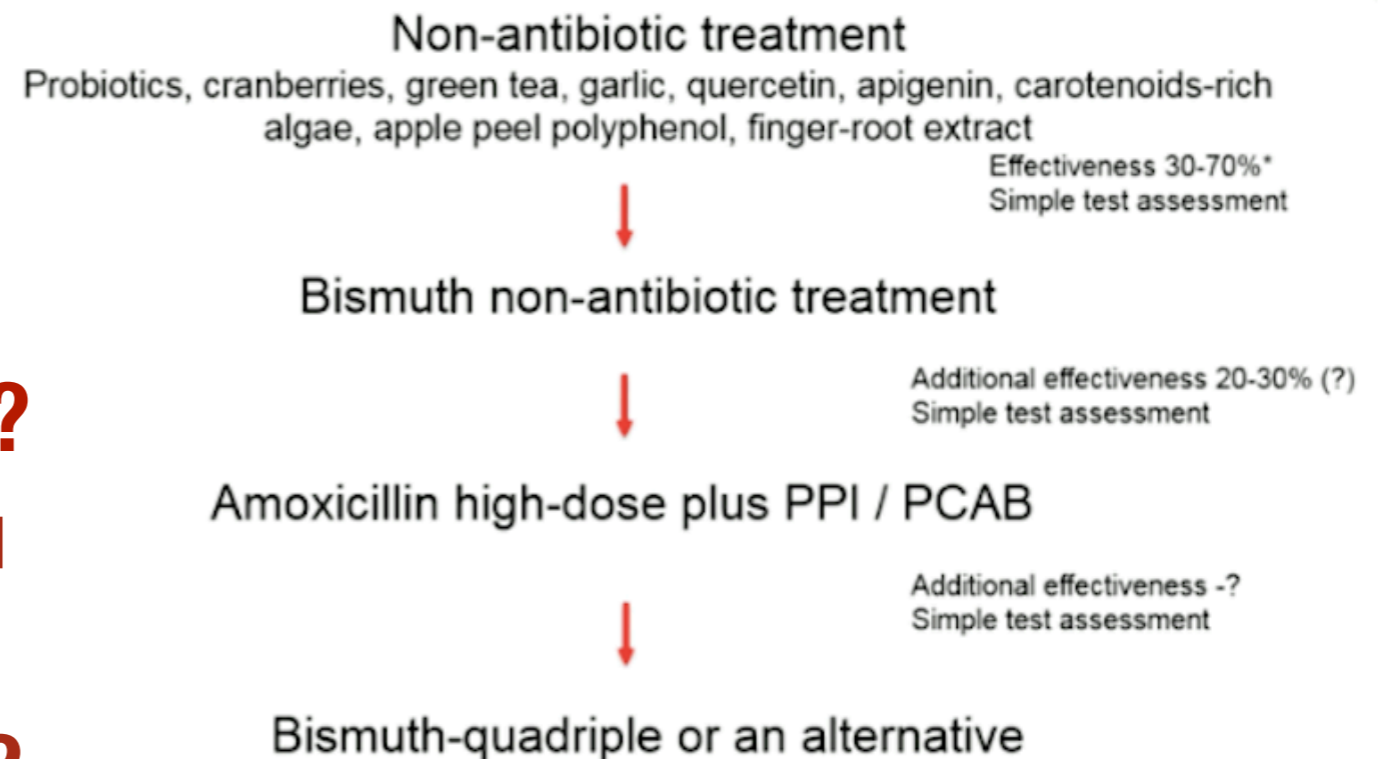
Published: 30 June 2015

Вакцинация?

**Пробиотики?
Фитотерапия?
Висмут?**

**Нестандартные схемы терапии?
Селективная идентификация и
уничтожение только
вирулентных штаммов *H.pylori*?**

Hypothetical treatment algorithm for optimal *H.pylori* eradication in public health settings



Вакцинация *H.pylori*



World Journal of
Gastroenterology

World J Gastroenterol. Oct 7, 2019; 25(37): 5578-5589
Published online Oct 7, 2019. doi: [10.3748/wjg.v25.i37.5578](https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i37.5578)

Pathogenesis and clinical management of *Helicobacter pylori* gastric infection

Breno Bittencourt de Brito, Filipe Antônio França da Silva, Aline Silva Soares, Vinícius Afonso Pereira, Maria Luísa Cordeiro Santos, Mariana Miranda Sampaio, Pedro Henrique Moreira Neves, Fabrício Freire de Melo

Разработка вакцин является многообещающей альтернативой, нацеленной на профилактику и / или лечение хеликобактерной инфекции. В Китае было проведена 3 фаза РКИ с участием детей, которое было эффективным и безопасным для пероральных вакцин с рекомбинантной В-уреазой. Однако требуется более точная оценка его долгосрочного эффекта. В другом исследовании Wang et al сравнивали внутримышечное введение с пероральным введением мультиэпитопной вакцины и сделали вывод о лучшей степени защиты при пероральном введении. Также изучается разработка нановакцин, которые могут стать отличной альтернативой для запуска эффективного иммунологического ответа против инфекции *H.pylori*.

Vaccine	Prophylactic	Therapeutic
EpiVax/ <i>Helicobacter pylori</i> vaccine	Yes	Yes
Helicovaxor [®]	Yes	No
Imevax/IMX101	Yes	No
Wuhu Kangwei Biological Technology	Yes	No

Заключение

- Стратегия «SCREEN and TREAT» не решает многих проблем, связанных с эрадикационной терапией
- Проведение эрадикационной терапии должно осуществляться только по строгим клиническим показаниям, учитывая серьёзность побочных эффектов лекарственных препаратов, входящих в схемы эрадикации, и повсеместный рост антибиотикорезистентности
- Рекомендуется индивидуальный подход к пациенту в контексте оценки дополнительных факторов риска: кардиоваскулярного (выполнение стандартного ЭКГ, при необходимости холтеровского мониторинга), ренального (контроль ОАМ, уровня сывороточного креатинина, СКФ), коморбидности, анамнеза (приём антибиотиков в предыдущие 3-6 месяцев и их переносимость; наличие заболеваний ЖКТ у родственников)

Спасибо за внимание!

