

ИНФЕКЦИЯ *HELICOBACTER PYLORI* У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

¹Силивончик Н.Н., ¹Сухих Ж.Л., ²Атаман А.В., ²Белоус Е.А., ²Войтик К.В.,
²Тиковенко А.П., ²Якимова Е.Э., ²Храмков Е.А.

¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь

²УЗ «2-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) является главным желудочным патогеном и этиологически связана с пептической язвой, раком желудка, атрофией слизистой оболочки желудка; имеется ассоциация с MALT-лимфомой, диспепсией, гиперпластическими желудочными полипами и идиопатической тромбоцитопенической пурпурой. В настоящее время правила менеджмента инфекции *H. pylori* строго определены и обновляются в серии международных согласительных документов (Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis, 2015; Маастрихт-Флорентийский консенсус - актуален the Maastricht VI/Florence consensus report, 2022), в Республике Беларусь - Клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения». Согласно данным документам *H. pylori*-позитивным лицам должна быть предложена эрадикационная терапия, если нет препятствующих этому обстоятельств, которыми могут стать сопутствующие заболевания, высокая частота реинфекции в обществе, другие приоритеты здравоохранения в данном обществе, финансовые аспекты. Пациент-ориентированная модель оказания помощи требует индивидуального подхода в отношении коморбидного пациента с инфекцией *H. pylori* с оценкой соотношения рисков – как прогрессирования изменений слизистой оболочки желудка - с одной стороны, так комбинированной (3-х компонентной, в последние годы 4-хкомпонентной) эрадикационной терапии - с другой.

Цель. Определение частоты инфекции *H. pylori*, истории и результатов эрадикационной терапии у коморбидных пациентов, перспективы ее выполнения при выявлении инфекции.

Материалы и методы. Проспективное с ретроспективным компонентом исследование с включением 109 пациентов (55 мужчин и 54 женщин) в возрасте старше 40 лет консультативной поликлиники УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска. Критерии включения: возраста старше 40 лет, индекс коморбидности Charlson (Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation // J. Chron. Dis. 1987; 40: 373-38) 1 и более баллов, выполненная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией в период с 01.11.2023 по

31.08.2024 г. Медиана индекса коморбидности Charlson в группе пациентов, включенных в исследование, составила 5 баллов [2; 7]. Другие клинически значимые характеристики пациентов: стентирование коронарных артерий – у 6 пациентов, аортокоронарное шунтирование – у 4, протезирование клапанов сердца – у 4, протезирование аорты – у 1, фибрилляция предсердий – у 15, имплантированный электрокардиостимулятор – у 4, хроническая болезнь почек – у 6. Постоянный прием ацетилсалициловой кислоты (АСА) имел место у 35 пациентов, клопидогрела – у 7, новых оральных антикоагулянтов – у 21, варфарина – у 3, регулярный прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) – у 4. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) постоянно или в период выполнения актуальной ЭГДС принимали 39 пациентов (35,8%). Показаниями к выполнению ЭГДС были: диспепсия – 62, контрольное исследование у пациентов с эрозивно-язвенными и неопластическими изменениями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки – 15, у постоянных потребителей антикоагулянтов, антитромбоцитарных ЛС, НПВС – 25, подготовка к коронарографии или другим инвазивным вмешательствам – 18, в рамках канцерпревенции. Согласно эндоскопическим данным у 6 определялись язва желудка, у 4 – язва двенадцатиперстной кишки, у – 37 эрозии желудка, у 1 – рубец в области желудка, у 8 – рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, у 8 – эпителиальная неоплазия и у 45 не отмечалось эрозивно-язвенных и изменений и неоплазий. Инфекция *H. pylori* определялась морфологическим методом в биоптатах антрального отдела и тела желудка. Статистическая обработка проводилась в операционной среде «WINDOWS 10» с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA» (Version 10-Index, StatSoftInc.). Данные представлены в виде абсолютных и относительных (проценты) показателей. Описательная статистика выполнялась с использованием непараметрических показателей – медиана (Me), 25 и 75 квартили [P25; P75]. Описание бинарных признаков проводилось с помощью абсолютных и относительных величин (%) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ), сравнительный анализ – критерия χ^2 Пирсона. Различия считали статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты. Инфекция *H. pylori* выявлена у 52 из 109 пациентов, включенных в исследование (47,7%, 95% ДИ 38,7-57,0). Их 39 постоянно/длительно или в период выполнения ЭГДС принимавших ИПП у 10 контаминации слизистой оболочки *H. pylori* не отмечено. При исключении данных 10 пациентов из общей группы ($n=99$) показатель частоты контаминации слизистой оболочки желудка *H. pylori* составил 52,5% (95% ДИ 42,8-62,1) и, хотя сравнение показателей с учетом/без учета приема ИПП не выявило статистически значимых различий критерия ($\chi^2=0,482$, $p=0,488$), за показатель частоты инфекции *H. pylori* у коморбидных пациентов в возрасте старше 40 лет

без учета клинических симптомов, эндоскопических и морфологических данных принято значение 52,5% (95% ДИ 42,8-62,1).

Из числа 52 инфицированных пациентов у 15 инфекция *H. pylori* выявлена впервые, у остальных 37 определялась ранее, из них 34 проводилась эрадикационная терапия, в том числе 33 – 1 курс, двум – 2 курса. При анализе протоколов установлено, что в большинстве случаев применялись схемы 1-й линии с кларитромицином 7/10/14 дней, реже другие (с висмутом, двухкомпонентные схемы). В группе пациентов, не имевших инфекции *H. pylori* при настоящем исследовании (n=57), ранее в разные годы обследовались 52, из них у 29 выявлялась инфекция *H. pylori* и 25 проводилась эрадикационная терапия, в том числе 21 пациенту – 1 курс, двум – 2 курса, 1 – 3 курса.

Из группы *H. pylori*-негативных пациентов эрозии желудка выявлены у 4 (эрадикационная терапия в прошлом, постоянный прием АСА или двойная антитромбоцитарная терапия), эрозии луковицы двенадцатиперстной кишки у двух (эрадикационная терапия в прошлом, двойная антитромбоцитарная терапия), эпителиальная неоплазия с морфологической верификацией (гиперпластический полип, полип фундальных желез) – у 4 (эрадикационная терапия в прошлом, у двух длительный прием ИПП).

Эрадикационная терапия по результатам настоящего исследования была назначена 40 из 52 инфицированных пациентов (76,9%). При оценке возможности эрадикационной терапии у 12 пациентов (возраст от 65 до 89 лет, индекс Charlson от 6 до 8 баллов) клинические ситуации были расценены как содержащие препятствующие обстоятельства: 3 пациента имели злокачественные новообразования различной (нежелудочной) локализации и проходили надлежащие программы химиотерапии, 1 – эритремию, 6 – сердечно-сосудистые заболевания, требующие приема ЛС с риском клинически значимого лекарственного взаимодействия и нежелательных реакций, 2 – хроническую болезнь почек стадии 3b и 4. Рассмотрение каждой клинической ситуации с учетом морфологической картины слизистой оболочки желудка, ее динамики на протяжении предшествующего регулярного наблюдения с эндоскопическим и морфологическим контролем и имеющейся возможности его продолжения, отсутствия семейного анамнеза рака желудка позволило у данных пациентов от эрадикационной терапии *H. pylori* воздержаться. Пациенты получили подробную информацию о соотношении пользы и риска лечения.

Выводы. 1. Частота инфекция *H. pylori* у коморбидных пациентов (n=109; Ме индекса коморбидности Charlson 5 баллов [2; 7]) в возрасте старше 40 лет без учета наличия диспепсии, эндоскопических и морфологических данных с исключением пациентов, длительно/постоянно или в период исследования принимавших ИПП, составила 52,5% (95% ДИ 42,8-62,1).

2. Эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* была назначена 40 из 52 пациентов (76,9%). Препятствующие эрадикационной терапии обстоятельства

были признаны у 12 пациентов (возраст от 65 до 89 лет, индекс коморбидности Charlson от 6 до 8 баллов) при учете морфологической картины слизистой оболочки желудка и отсутствии семейного анамнеза рака желудка, доступности регулярного обследования пациента.