

Эффективность стандартной тройной эрадикационной терапии первой линии на основе эзомепразола и других ингибиторов протонной помпы у больных с *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом

Д.м.н. А.С. Сарсенбаева¹, Т.П. Петухова¹, С.В. Федоренко², И.В. Уфимцева³

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск

²Клиника «Вся медицина» ЗАО «Медицинский центр ЧТПЗ», Челябинск

³ООО Медицинский центр «Лотос», Челябинск

РЕЗЮМЕ

В России уровень зараженности *Helicobacter pylori* остается довольно высоким. В настоящее время ввиду снижения эффективности традиционных схем эрадикационной терапии (ЭТ) ведется настойчивый поиск новых подходов эрадикации *H. pylori*. Одним из путей преодоления устойчивости *H. pylori* является более эффективное подавление кислотности с помощью ингибиторов протонной помпы (ИПП) в высоких дозах и подбор более мощных препаратов для снижения кислотности.

Цель исследования: изучение эффективности ЭТ на основе различных ИПП у больных с *H. pylori*-ассоциированным гастритом.

Материал и методы: в исследование включены 108 пациентов с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом. Методом случайных чисел сформированы 2 группы больных по 54 человека для анализа эффективности ЭТ. Первая группа больных получала стандартную тройную ЭТ на основе эзомепразола (Нексиум) (эзомепразол 40 мг/сут (Нексиум®) + кларитромицин 1 г/сут + амоксициллин 2 г/сут) в течение 14 дней. Вторая группа больных получала стандартную тройную ЭТ на основе других ИПП (омепразол 40 мг/сут, или пантопразол 80 мг/сут, или рабепразол 40 мг/сут, или лансопразол 60 мг/сут + кларитромицин 1 г/сут + амоксициллин 2 г/сут) в течение 14 дней. Контроль эффективности ЭТ проводился через 6 мес. гистологическим методом и определением антигена *H. pylori* в кале методом полимеразной цепной реакции.

Результаты: элиминация *H. pylori* достигнута при применении эзомепразола (Нексиум) у 92,6% больных, тогда как при применении других ИПП – лишь у 77,8% больных. Эзомепразол (Нексиум®) оказывает надежное кислотосупрессивное действие, и его использование выступает залогом эффективной ЭТ даже при гиперацидном варианте гастрита.

Выводы: установлена зависимость эффективности ЭТ от ингибитора протонной помпы. Схемы эрадикации с эзомепразолом (Нексиум®) демонстрировали преимущества у сложных категорий пациентов: с низкой степенью обсемененности, в условиях атрофии слизистой оболочки антрального отдела желудка, а также при любой степени выраженности воспалительного процесса.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, хронический гастрит, эрадикационная терапия, ингибиторы протонной помпы, эзомепразол, Нексиум.

Для цитирования: Сарсенбаева А.С., Петухова Т.П., Федоренко С.В., Уфимцева И.В. Эффективность стандартной тройной эрадикационной терапии первой линии на основе эзомепразола и других ингибиторов протонной помпы у больных с *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом // РМЖ. 2017. № 17. С. 1215–1219.

ABSTRACT

The effectiveness of standard triple eradication first line therapy based on esomeprazole and other proton pump inhibitors in patients with *Helicobacter pylori* gastritis

Sarsenbaeva A.S.¹, Petuhova T.P.¹, Fedorenko S.V.², Ufimtseva I.V.³

¹South Ural State Medical University, Chelyabinsk

²Clinic «All Medicine» of «ChTRP Medical Center», Chelyabinsk

³Medical center «Lotos», Chelyabinsk

In Russia, the level of *Helicobacter pylori* infection remains quite high. Currently, the new approaches to *H. pylori* eradication are being persistently searched for because the effectiveness of traditional methods of eradication therapy (ET) has decreased. One way to overcome the resistance of *H. pylori* is the more effective deacidification with high doses of proton pump inhibitors (PPIs) and the use of stronger acid reducing drugs.

The aim of the research was to study the effectiveness of ET on the basis of various PPIs in patients with *H. pylori* gastritis.

Patients and methods: 108 patients with chronic *H. pylori* gastritis were included into the study. By random number method 2 groups of 54 patients were formed to analyze the effectiveness of ET. The first group of patients received standard triple ET based on esomeprazole (Nexium) (esomeprazole 40 mg/day (Nexium®) + clarithromycin 1 g / day + amoxicillin 2 g / day) for 14 days. The second group of patients received standard triple ET based on other PPI (omeprazole 40 mg/day, or pantoprazole 80 mg / day, or rabeprazole 40 mg / day, or lansoprazole 60 mg / day + clarithromycin 1 g/day + amoxicillin 2 g/day) for 14 days. Efficacy was monitored 6 months later by a histological method and *H. pylori* antigen testing in feces by polymerase chain reaction.

Results: *H. pylori* elimination was achieved with the use of esomeprazole (Nexium) in 92.6% of patients, whereas in the case of other PPIs, only 77.8% of patients had it. Esomeprazole (Nexium®) has a reliable acid-suppressive effect, and its use is the key to effective ET even in the hyperacid gastritis.

Conclusions: the dependence of the ET efficacy on the proton pump inhibitor has been established. The eradication schemes with esomeprazole (Nexium®) showed advantages in the patients of complex categories: with a low degree of contamination, in conditions of atrophy of the mucous membrane of the antrum of the stomach, as well as at any degree of activity of the inflammatory process.

Key words: *Helicobacter pylori*, chronic gastritis, eradication therapy, proton pump inhibitors, esomeprazole, Nexium.

For citation: Sarsenbaeva A.S., Petuhova T.P., Fedorenko S.V., Ufimtseva I.V. The effectiveness of standard triple eradication first line therapy based on esomeprazole and other proton pump inhibitors in patients with *Helicobacter pylori* gastritis // RMJ. 2017. № 17. P. 1215–1219.

Введение

Инфекция *Helicobacter pylori* – одна из наиболее распространенных во всем мире. К настоящему времени широкое применение эрадикационной терапии (ЭТ) инфекции *H. pylori* с целью элиминации микроорганизма привело в ряде стран Западной Европы, в США, Японии и Австралии к существенному снижению уровня инфицированности, а также заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, аденокарциномой желудка [1–3]. Однако в России уровень зараженности *H. pylori* остается довольно высоким. Так, взрослое население Российской Федерации инфицировано *H. pylori* в среднем на 30–90% [4], дети до 7 лет – 20% и старше 10 лет – на 30–40% [5]. В настоящее время ввиду снижения эффективности традиционных схем ЭТ ведется настойчивый поиск новых подходов эрадикации *H. pylori*. В соответствии с рекомендациями Маастрихт IV (2010 г.), V (2016 г.) одним из путей преодоления устойчивости *H. pylori* является более эффективное подавление кислотности с помощью ингибиторов протонной помпы (ИПП) в высоких дозах и более мощных препаратов для снижения кислотности. К примеру, синтезирован новый эффективный блокатор кальциевых каналов вонопрозана фумарат с IC50 17 ммоль в сравнении с IC50 ИПП более 1000 ммоль [6]. Полиморфизм CYP2C19 и MDR ограничивает эффективность ИПП [7].

Эффективность протоколов ЭТ напрямую зависит от нескольких факторов, таких как чувствительность *H. pylori* к антибактериальным препаратам, значение интрагастрального pH в рамках проводимой терапии, а также генетических детерминант макроорганизма, влияющих на фармакокинетику входящих в схемы ЭТ препаратов. В последние годы в мире отмечен рост антибиотикорезистентных штаммов *H. pylori* [8, 9].

Активность различных антибиотиков снижается или полностью нивелируется в условиях *in vivo* при очень низких значениях pH желудочного сока. Наибольшая устойчивость (максимальный период полураспада) амоксициллина и кларитромицина отмечается при значениях pH > 6,0 [10]. Кроме того, значение pH желудочного сока > 6,0 обеспечивает переход бактерии *H. pylori* в репликативное состояние, что делает данный микроорганизм уязвимым в отношении антибактериальных препаратов. Залогом успешной эрадикации *H. pylori* является включение в схему лечения препаратов, обеспечивающих стабильную адекватную кислотосупрессию (pH > 6,0). На сегодняшний момент в этой роли прочно укрепили свои позиции ИПП. Включение в схему лечения препарата группы ИПП значительно повышает эффективность антибиотиков и резко увеличивает процент успешных эрадикаций. Все ИПП являются производными бензимидазола и имеют близкое химическое строение. Механизм действия различных ИПП одинаков, но они различаются фармакокинетикой и фар-

макодинамикой. Эти различия порой играют ключевую роль в эффективности ЭТ. Наиболее прогрессивным направлением в лечении кислотозависимых заболеваний представляется использование оптических моноизомеров ИПП вместо рацематов (смеси оптических изомеров 1:1). В 2001 г. лауреатами Нобелевской премии по химии стали трое ученых – Вильям Ноулз, Бэрри Шарплесс и Риоджи Нойори за создание новых технологий разделения оптических изомеров. Нобелевские лауреаты положили начало совершенно новому направлению в науке и технологии, благодаря которому стал возможен синтез молекул с принципиально новыми свойствами. Примером подобных разработок является эзомепразол – левовращающий моноизомер омепразола, который стал первым блоком протонной помпы париетальных клеток желудка, созданным в виде чистого оптического изомера [11]. При первом прохождении через печень выводится 98% R-изомера, для S-изомера (эзомепразола) эта цифра существенно меньше – 73%, поэтому в организме остается большая часть препарата и обеспечивается его более эффективное кислотоподавляющее действие [11].

При выполнении суточной pH-метрии на фоне перорального приема 40 мг эзомепразола или омепразола через 12 часов доля пациентов с интрагастральным pH > 4 составила 88 и 75% соответственно, а спустя 24 часа – 68,4 и 62,0% соответственно. Сравнительный анализ фармакодинамических параметров пероральных форм эзомепразола 40 мг, пантопрозола 40 мг и рабепразола 20 мг позволил заключить, что принципиально лучшим профилем эффективности обладает именно эзомепразол. Суточной pH-метрией на фоне перорального приема препаратов установлено, что на 5-е сутки доля пациентов с интрагастральным pH > 4 составила в группе эзомепразола 69,8%, в группе пантопрозола – 44,8% и в группе рабепразола – 44,5% [12].

Цель исследования: изучить эффективность эрадикационной терапии на основе различных ИПП у больных с *H. pylori*-ассоциированным гастритом.

Материал и методы

В исследование включены 108 пациентов с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом. Диагностика инфекции *H. pylori* проводилась двумя методами: морфологическим (исследование биоптатов слизистой оболочки желудка) и определением антигена *H. pylori* в кале методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Всем больным проводилось эндоскопическое исследование желудка по общепринятой методике с использованием гастроскопов Olympus (Япония). Методом прямой хромоскопии слизистой оболочки желудка (СОЖ) водным раствором конго красного определяли состояние кислотообразующей функции желудка. Во время гастроскопии пациентам выполнялась биопсия в 2-х точках: из антрального отдела же-

НЕКСИУМ®

Эзомепразол



Нексиум® — НАДЕЖНЫЙ ПРЕПАРАТ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ИЗЖОГИ ПРИ ГЭРБ*¹



ПРИМЕНЕНИЕ **Нексиума**, в отличие от пантопразола, ПРИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ СНИЖАЕТ РИСК РЕЦИДИВА ИЗЖОГИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ* **В 2 РАЗА**¹



ОТСУТСТВИЕ РЕЗУЛЬТАТА В ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ* у **36%** ПАЦИЕНТОВ СВЯЗАНО С НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ НАЗНАЧАЕМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ²

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

Регистрационный номер: П N013775/01. Торговое название: Нексиум®. Международное непатентованное название: эзомепразол. Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой. ПОКАЗАНИЯ. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: лечение эрозивного рефлюкс-эзофагита, длительное поддерживающее лечение после заживления эрозивного рефлюкс-эзофагита для предотвращения рецидива, симптоматическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; в составе комбинированной терапии: лечение язвы двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с Helicobacter pylori, профилактика рецидивов пептической язвы, ассоциированной с Helicobacter pylori; длительная кислотоподавляющая терапия у пациентов, перенесших кровотечение из пептической язвы (после внутривенного применения препаратов, понижающих секрецию желез желудка, для профилактики рецидива). Пациенты, длительно принимающие НПВП: заживление язвы желудка, связанной с приемом НПВП, профилактика язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, связанной с приемом НПВП у пациентов, относящихся к группе риска; синдром Золлингера-Эллисона или другие состояния, характеризующиеся патологической гиперсекрецией желез желудка, в том числе идиопатической гиперсекрецией. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Повышенная чувствительность к эзомепразолу, замещенным бензимидазолам или другим ингредиентам, входящим в состав препарата; наследственная непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция или сахарозо-изомальтазная недостаточность; детский возраст до 12 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности применения препарата у данной группы пациентов) и детский возраст старше 12 лет, по другим показаниям, кроме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; эзомепразол не должен приниматься совместно с атазанавиром и нефинавиром (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды лекарственных взаимодействий»). С осторожностью. Тяжелая почечная недостаточность (опыт применения ограничен). ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Ниже приведены побочные эффекты, не зависящие от режима дозирования препарата, отмеченные при применении Нексиума как в ходе клинических исследований, так и при постмаркетинговом изучении. Часто наблюдаемые побочные эффекты ($\geq 1/100$, $< 1/10$): головная боль, боль в животе, запор, диарея, метеоризм, тошнота / рвота. Нечастые ($\geq 1/1000$, $< 1/100$): дерматит, зуд, сыпь, крапивница, головокружение, парестезии, сонливость, бессонница, сухость во рту, повышение активности «печеночных» ферментов, периферические отеки. 1 - Полную редакцию раздела «Побочное действие» смотрите в полном варианте инструкции. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению. Дальнейшая информация предоставляется по требованию: 000 «АстраЗенка Фармасьютикалз», Россия 125284 Москва, улица Беговая дом 3, стр. 1. Тел: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98. Дата утверждения — 16.03.2016

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата. Для получения дополнительной информации о препарате обращайтесь в 000 АстраЗенка Фармасьютикалз: 125284, г. Москва, ул. Беговая 3, стр. 1. Тел.: +7(495)7995699. Факс: +7(495)7995698, www.astrazeneca.ru

(1) Labenz J., et al. Aliment Pharmacol Ther 2009; 29: 1165-1171.

(2) Вялов С.С., Чорбинская С.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) диагностика, лечение и профилактика: Мет. рек., 2011; 21 (№ 338-12/23)

(*) ГЭРБ - Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Реклама

AstraZeneca

NEC_RU-2296_02.06.2017

лудка на расстоянии 2–3 см от привратника и со средней трети тела желудка по большой и малой кривизне. Биоптаты СОЖ исследовались гистологически для определения степени хронизации и активности воспалительного процесса СОЖ, выраженности атрофии СОЖ, интенсивности обсемененности *H. pylori*. Методом случайных чисел были сформированы 2 группы больных по 54 человека для анализа эффективности ЭТ. Первая группа больных получала стандартную тройную ЭТ на основе эзомепразола (Нексиума) (эзомепразол 40 мг/сут (Нексиум®) + кларитромицин 1 г/сут + амоксициллин 2 г/сут) в течение 14 дней. Вторая группа больных получала стандартную тройную ЭТ на основе других ИПП (омепразол 40 мг/сут, или пантопразол 80 мг/сут, или рабепразол 40 мг/сут, или лансопразол 60 мг/сут + кларитромицин 1 г/сут + амоксициллин 2 г/сут) в течение 14 дней. Контроль эффективности ЭТ проводился через 6 мес. гистологическим методом и определением антигена *H. pylori* в кале методом ПЦР. Статистическая компьютерная обработка проводилась с использованием пакетов прикладных программ SPSS Statistic 17.0. Достоверность различий оценивали непараметрическими методами Пирсона (χ^2), Фишера. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Элиминация *H. pylori* достигнута при ЭТ на основе эзомепразола (Нексиума) у 92,6% больных, тогда как при ЭТ на основе других ИПП – лишь у 77,8% больных (различия статистически значимы, $\chi^2=4,7$; $p < 0,05$).

Значительные различия получены при анализе эффективности различных схем ЭТ у больных с разной степенью обсемененности *H. pylori* СОЖ (табл. 1). Так, при слабой степени бактериальной обсемененности слизистой антрального отдела желудка эрадикация *H. pylori* прошла успешно у 92,1% больных, получавших ЭТ на основе эзомепразола (Нексиум®), тогда как в группе больных, получавших ЭТ на основе других ИПП, эффективность эрадикации оказалась существенно ниже – 75,0% ($\chi^2=4,11$; $p < 0,05$). Следует отметить, что, по данным нашего исследования, в группе больных со слабой степенью обсемененности значительно преобладал гиперацидный гастрит – у 86,7% больных, нормацидный гастрит выявлен у 10,6% больных, гипоацидный гастрит – у

2,7% больных. У больных с умеренной обсемененностью *H. pylori* выявлены преимущественно нормацидный и гиперацидный варианты гастрита (42,7 и 38,2%), гипоацидный гастрит выявлен у 19,1% больных. У больных с высокой бактериальной обсемененностью *H. pylori* преобладали нормацидный и гипоацидный гастрит (50,3 и 34,8% больных соответственно) и существенно реже встречался гиперацидный гастрит (у 14,9% больных). Гиперсекреция соляной кислоты париетальными клетками в сочетании со слабой степенью обсемененности *H. pylori* СОЖ создает трудности для эффективной работы антибактериальных препаратов, инактивируя часть из них, и является предпосылкой безуспешной ЭТ. Эзомепразол (Нексиум®) оказывает надежное кислотосупрессивное действие, и его использование выступает залогом эффективной ЭТ даже при гиперацидном варианте гастрита.

В таблице 2 отражена эффективность эрадикации в сравниваемых группах в зависимости от воспалительного процесса в СОЖ. В ходе анализа установлено преимущество схемы с эзомепразолом (Нексиум®) у пациентов со слабой и умеренной выраженностью лимфоплазмозитарной инфильтрации. У больных со слабой активностью воспалительного процесса СОЖ при назначении схемы ЭТ с эзомепразолом эрадикация достигнута в 87,5% случаев, тогда как при использовании других ИПП – в 67,4% случаев. При умеренной и высокой активности воспалительного процесса СОЖ эрадикация прошла у всех больных, принимавших эзомепразол, а среди больных, принимавших другие ИПП, – в 33,3 и 75% случаев соответственно.

При СОЖ без явлений атрофии эрадикация *H. pylori* всегда более успешна (Киотское соглашение, 2014 г.) У пациентов со слабой и умеренной атрофией СОЖ получены достоверно лучшие профили по качеству эрадикации при ЭТ, включающей эзомепразол (Нексиум®) в сравнении со схемами, включающими другие ИПП (91,5% против 74,4% и 100% против 54,5% соответственно), что отражает нарушение регуляторных процессов в сложной системе координации кислотопродукции. Данные представлены в таблице 3.

Выводы

1. Установлена зависимость эффективности эрадикационной терапии от выбора ингибитора протонной помпы.
2. Схемы эрадикации с эзомепразолом (Нексиум®) демонстрировали преимущества у сложных категорий паци-

Таблица 1. Анализ эффективности ЭТ в группах больных с различной степенью *H. pylori*-обсемененности СОЖ, получавших ЭТ на основе эзомепразола (Нексиум®) и на основе других ИПП

| Параметр | ЭТ на основе эзомепразола (Нексиум®) | | ЭТ на основе других ИПП | | χ^2 | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------|------|
| | Число больных | Эффективность ЭТ (число больных) | Число больных | Эффективность ЭТ (число больных) | | |
| <i>H. pylori</i> -обсемененность СОЖ антрума | слабая | 38 | 92,1% (35)* | 40 | 75,0% (30)* | 4,11 |
| | умеренная | 10 | 90% (9) | 10 | 100% (10) | 1,05 |
| | высокая | 6 | 100% (6) | 4 | 50% (2) | 3,75 |

* $p < 0,05$

Таблица 2. Анализ эффективности ЭТ в группах больных с различной активностью воспалительного процесса СОЖ, получавших ЭТ на основе эзомепразола (Нексиум®) и на основе других ИПП

| Параметр | ЭТ на основе эзомепразола (Нексиум®) | | ЭТ на основе других ИПП | | χ^2 | |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------|------|
| | Число больных | Эффективность ЭТ (число больных) | Число больных | Эффективность ЭТ (число больных) | | |
| Активность воспалительного процесса СОЖ антрума | слабая | 32 | 87,5% (28)* | 43 | 67,4% (29)* | 4,05 |
| | умеренная | 5 | 100% (5)* | 3 | 33,3% (1)* | 4,44 |
| | высокая | 17 | 100% (17)* | 8 | 75% (6)* | 4,62 |

* $p < 0,05$

Таблица 3. Анализ эффективности ЭТ в группах больных с различной выраженностью атрофии СОЖ, получавших ЭТ на основе эзомепразола (Нексиум®) и на основе других ИПП

| Параметр | | ЭТ на основе эзомепразола (Нексиум®) | | ЭТ на основе других ИПП | | χ ² |
|---------------------|-----------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------|
| | | Число больных | Эффективность ЭТ (число больных) | Число больных | Эффективность ЭТ (число больных) | |
| Атрофия СОЖ антрума | слабая | 47 | 91,5% (43)* | 43 | 74,4% (32)* | 4,71 |
| | умеренная | 7 | 100% (7)* | 11 | 54,5% (6)* | 4,41 |

*p<0,05

ентов: с низкой степенью обсемененности, в условиях атрофии слизистой оболочки антрального отдела желудка, а также при любой степени воспалительного процесса.

Литература

1. Nakajima S., Nishiyama Y., Yamaoka M. et al. Changes in the prevalence of Helicobacter pylori infection and gastrointestinal diseases in the past 17 years // J. Gastroenterol. Hepatol. 2010. Vol. 25. P. S.99–110.
 2. Peura D.A., Crowe S.E. Helicobacter pylori / Feldman M., Friedman L.S., Brandt L.J., eds. Sleisenger & Fordtran’s Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010: chap 50.

Реклама

3. Wang A.Y., Peura D.A. The prevalence and incidence of Helicobacter pylori-associated peptic ulcer disease and upper gastrointestinal bleeding throughout the world // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. 2011. Vol. 21. P.613–635.
 4. Белова О.Л., Богословская С.И., Белова И.М. Критическая проблема клинической патогенности Helicobacter pylori в гастроэнтерологии // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. №1. С.96–102 [Belova O. L., Bogoslovskaja S. I., Belova I. M. Kriticheskaja problema klinicheskoi patogenosti Helicobacter pylori v gastrojenterologii // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2014. №1. S.96–102 (in Russian)].
 5. Сварваль А.В., Ферман Р.С., Жебрун А.Б. Анализ превалентности инфекции Helicobacter pylori среди детей в современный период // ЖМЭИ. 2012. №1. С.83–88 [Svarval’ A.V., Ferman R.S., Zhebrun A.B. Analiz prevalentnosti infekcii Helicobacter pylori sredi detej v sovremennij period // ZhMjel. 2012. №1. S.83–88 (in Russian)].
 6. Shin J.M., Nobuhiro I., Munson K., et al. Characterization of a Novel Potassium-Competitive Acid Blocker of the Gastric H,K-ATPase, 1-[5-(2-Fluorophenyl)-1-(pyridin-3-yl-sulfonyl)-1H-pyrrol-3-yl]-N-methylmethanamine Monofumarate (TAK-438) // J Pharmacol Exptl Ther. 2011. Vol. 339(2). P.412–420.
 7. Yang J.C., Lin C.J., Wang H.L., et al. High-dose dual therapy is superior to standard first-line or rescue therapy for Helicobacter pylori infection // Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2015. №13. P.895–905.
 8. Castro-Fernandez M., Vargas-Romero J. Infection with Helicobacter pylori. Prevalence, research and impact of antibiotic resistance // Rev. Esp. Enferm. Dig. 2009. №101(11). P.743–756.
 9. De Francesco V., Ierardi E., Hassan C., Zullo A. Helicobacter pylori therapy: Present and future // World J. Gastrointest Pharmacol. Ther. 2012. №3(4). P.68–73.
 10. Erah P.O., Goddard A.F., Barrett D.A. et al. The stability of amoxicillin, clarithromycin and metronidazole in gastric juice: relevance to the treatment of Helicobacter pylori infection // J. Antimicrob. Chemother. 1997. Vol. 39. P.5–12.
 11. Лапина Т.Л. Эзомепразол – первый блокатор протонной помпы – моноизомер: новые перспективы в лечении кислотозависимых заболеваний // Клиническая фармакология и терапия. 2002. Т. 11. №2. С.54–57 [Lapina T.L. Jezomeprazol – pervyj blokator protonnoj pompy – monoizomer: novye perspektivy v lechenii kislotozavisimyh zabolevanij // Klinicheskaja farmakologija i terapija. 2002. T. 11. №2. C.54–57 (in Russian)].
 12. Головин Р.А., Гостищев В.К., Евсеев М.А. и др. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты // Медицина неотложных состояний. 2007. №4 (11). С.52–57 [Golovin R.A., Gostishhev V.K., Evseev M.A. i dr. Antisekretornaja terapija v neotlozhnoj hirurgicheskoj gastrojenterologii: novye gorizonty // Medicina neotlozhnyh sostojanij. 2007. №4 (11). C.52–57 (in Russian)].

Гастроэнтерология в решении проблем преждевременной смертности населения Российской Федерации

GASTROHEP.RU

6–8 октября 2017

104 Осенняя Сессия Национальной Школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА

- Актуальные темы Сессии:
- Алкогольная болезнь печени
- Алкогольный панкреатит
- Микробиом человека
- Ожирение
- Желчнокаменная болезнь
- Clostridium difficile
- Ротавирусные инфекции
- и многие другие

Москва, пл. Европы дом 2, конференц-зал гостиницы Рэдиссон Славянская