

Spis treści

eradykacja *Helicobacter pylori* w pigułce

1. Istota <i>Helicobacter</i>	5
2. Błędy w eradykacji (leczeniu).....	6
3. Epidemiologia.....	9
4. Charakterystyka.....	10
5. Nieinwazyjne testy.....	11
6. Diagnostyka.....	12
7. Kontrola skuteczności leczenia.....	14
8. Dietoterpia.....	15
9. Dzienna lista anty-pylori.....	18
10. Probiotykoterapia.....	19
11. Suplementacja.....	26
12. Ziołolecznictwo.....	30
13. Piśmiennictwo.....	40
14. Przykładowy naturalny protokół eradykacyjny.....	43

Istota Helicobacteria

Helicobacter pylori jest bakterią patogenną, powodującą rozwój zapalenia żołądka u każdego zakażonego, a u części z nich choroby wrzodowej (1–10%), chłoniaka MALT (lymphoid mucosa associated tissue lymphoma, 0,5%) lub raka żołądka (0,1–3%). Występowanie bólu brzucha i biegunki silnie korelowało z obecnością *H. pylori* u chorych. Ból brzucha (19,4% vs 2,6%) i biegunka (32,3% vs 9,1%) były istotnie częstsze u pacjentów z obecnością *H. pylori* w porównaniu z chorymi bez tej bakterii (odpowiednio $p = 0,007$ i $p = 0,006$).

W aktualnych wytycznych europejskich (Maastricht V/Florencja) znalazło się stwierdzenie, że zapalenie żołądka wywołane *H. pylori* jest chorobą zakaźną, dlatego eradykacja tej bakterii jest zalecana u wszystkich zainfekowanych osób dorosłych niezależnie od objawów.

W przeciwieństwie do większości chorób zakaźnych, w których terapia opiera się na znanej wrażliwości drobnoustroju na antybiotyki, leczenie *H. pylori* pozostaje w dużej mierze empiryczne. Uważa się, że efektywna terapia eradykacyjna powinna charakteryzować się co najmniej 90-procentową skutecznością. Niestety w praktyce klinicznej takie wartości są rzadko spotykane i coraz częściej zmagamy się z problemem nieskuteczności terapii, którą definiujemy jako utrzymujący się dodatni wynik nieserologicznego testu w kierunku *H. pylori* co najmniej 4 tygodnie po ukończonym leczeniu eradykacyjnym zgodnym z aktualnymi wytycznymi i po odstawieniu wszelkich leków, które mogą wpływać na czułość testu, takich jak inhibitory pompy protonowej (IPP).

Aktualne wytyczne głównych towarzystw gastroenterologicznych na świecie (Maastricht V/Florencja, konsensus z Toronto, wytyczne American College of Gastroenterology) zgodnie stwierdzają, że optymalne leczenie eradykacyjne powinno być skuteczne już przy pierwszej próbie. Prawdopodobieństwo pomyślnej eradykacji maleje z każdą kolejną próbą terapii, dlatego należy dołożyć wszelkich starań, aby wyeliminować czynniki, które mogą się przyczynić do niepowodzenia leczenia.

Błędy w eradykacji (leczeniu)



1 – Nieprzestrzeganie wytycznych dotyczących schematów

Pomimo niemal 40 lat doświadczeń w leczeniu H. pylori, idealna terapia eradykacyjna nadal nie została opracowana. Na przestrzeni lat obserwujemy stale zmieniające się schematy leczenia, co jest spowodowane przede wszystkim narastającą opornością bakterii na antybiotyki. Te dane jednoznacznie wskazują, że terapia zakażenia H. pylori w codziennej praktyce jest obecnie nieoptymalna i niezgodna z wytycznymi, nawet wśród specjalistów gastroenterologów.

2 – Ponowne stosowanie tych samych antybiotyków w kolejnych terapiach eradykacyjnych, przy ich uprzedniej nieskuteczności

W razie niepowodzenia terapii eradykacyjnej pierwszego wyboru aktualne wytyczne zalecają unikanie ponownego stosowania antybiotyków, które wcześniej okazały się nieskuteczne. Należy podkreślić kluczową rolę lekarza, który przed przepisaniem kolejnej terapii eradykacyjnej powinien zebrać dokładny wywiad na temat wcześniejszej ekspozycji pacjenta na antybiotyki.

3 – Stosowanie zbyt niskich dawek IPP

Odpowiednia supresja wydzielania kwasu żołądkowego jest niezmiernie istotnym elementem terapii eradykacyjnej, ponieważ wrażliwość H. pylori na działanie antybiotyków jest największa przy pH w żołądku w zakresie 6–8. Jest to optymalne pH, w którym zachodzi intensywna replikacja bakterii. Wykazano, że okres półtrwania amoksycyliny i klarytromycyny przy pH żołądka < 2 wynosi odpowiednio $15,2 \pm 0,3$ godziny i $1,0 \pm 0,04$ godziny, podczas gdy dla pH żołądka > 7 okresy półtrwania obu antybiotyków wydłużają się powyżej 68 godzin.