

ОТ МААСТРИХТА 1-1996 ДО МААСТРИХТА 3-2005: ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПУТЬ РЕВОЛЮЦИОННЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.Г. Передерий, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанич

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Ключевые слова: Маастрихт 3-2005, *H. pylori*, эрадикация, язва желудка, рак.

Целых 23 года прогрессивные гастроэнтерологи мира с нетерпением ждали, когда же официально признают эпохальное событие, которое австралийские ученые В. Marshall и Р. Warren сделали еще в 1982 г. Открыв инфекцию *H. pylori*, они доказали, что она является основной причиной хронического гастрита, и предположили, что этот микроорганизм может играть определяющую роль в этиологии язвенной болезни (ЯБ) и рака желудка.

И вот наконец-то это произошло: В. Marshall и Р. Warren получили Нобелевскую премию в области медицины за 2005 год. Понадобилось более 20 лет интенсивных исследований, которые установили клиническое значение *H. pylori*-инфекции и изучили механизмы, лежащие в основе развития ее разнообразных клинических проявлений и последствий.

Если раньше ЯБ рассматривали как состояние, вызванное преимущественно избыточной секрецией кислоты, а основным направлением лечения была антисекреторная терапия, то после открытия *H. pylori* схемы лечения ЯБ были радикально изменены — основой лечения стала не антисекреторная, а антибактериальная терапия. Ранее рак желудка рассматривали как мультифакториальное заболевание, в этиологии которого важнейшую роль отводили влиянию факторов окружающей среды и питания (богатая солью и нитратами диета), но не бактериальной инфекции. Теперь установлено, что *H. pylori*-инфекция является наиболее доказанным фактором риска некардиального рака желудка, а эрадикацию *H. pylori* стали считать ключевым методом его профилактики.

В целях внедрения научных достижений в клиническую практику в странах Европы были сначала разработаны, а затем и усовершенствованы клинические рекомендации относительно способов лечения и круга лиц, подлежащих такому лечению. Речь идет о консенсусах Маастрихт 1-1996 и Маастрихт 2-2000 [9, 10]. Это достаточно сложные рекомендации, и поддерживаются они различными уровнями научной доказанности относительно как природы *H. pylori*-ассоциированных заболеваний, так и качества исследований в соответствующей области.

Сейчас даже самые закоренелые скептики в Украине вынуждены признать: убивая *H. pylori*-инфекцию, мы излечиваем подавляющее количество больных ЯБ. Об этом авторы данной статьи заявили почти 10 лет назад [8]. И мы очень рады, что явились пионерами в исследованиях роли *H. pylori*-инфекции при

гастродуоденальных заболеваниях в Украине, убежденными и последовательными сторонниками эрадикационной терапии. Наши первые работы, посвященные *H. pylori*-инфекции, появились еще в 1989—1990 гг. [1—4, 6], а две кандидатские диссертации, вышедшие в это время [5, 7], на пять лет предварили появление первого Маастрихтского консенсуса.

Следует сказать, что рекомендации Маастрихтских консенсусов в Украине внедряли с огромными трудностями. Сначала было непонимание новой стратегии со стороны ведущих профессоров-гастроэнтерологов, затем — их активное противодействие новым методам лечения, которые уже признал весь цивилизованный мир и которые способны полностью вылечить неосложненную ЯБ. К сожалению, противодействие наблюдалось и со стороны практикующих врачей, которые крайне медленно и неохотно применяли антигеликобактерную терапию (АГТ). Но к 2005 г. большинство гастроэнтерологов в Украине все же приняли Маастрихт 2-2000 и стараются выполнять его основные положения.

Тем временем в Европе уже принят Маастрихтский консенсус 3-2005, хотя еще два года назад основные разработчики первых двух консенсусов Р. Malfertheiner и Ф. Megraud утверждали, что в ближайшие 5 лет в Европе необходимости в принятии следующих рекомендаций не будет. Это произошло совсем недавно — на конференции Европейской группы по изучению *H. pylori*-инфекции, которая состоялась 17—18 марта нынешнего года в итальянском городе Флоренции. Основные положения Маастрихта 3-2005 еще не известны широкой медицинской общественности, поскольку согласно договоренностям в научной гастроэнтерологической литературе их должны опубликовать через год после принятия. Однако авторы статьи присутствовали на рабочем заседании Maastricht-3 Guidelines For Helicobacter Pylori Infection, которое состоялось 18 октября в рамках 13-й Объединенной Европейской гастроэнтерологической недели. На этом заседании разработчики нового консенсуса и докладывали о необходимости принятия Маастрихта 3-2005 и его основных положениях.

Но перед тем как рассматривать основные положения Маастрихта 3-2005 и целесообразность их внедрения в Украине, следует вернуться к предистории вопроса.

Первые Маастрихтские соглашения (Маастрихт 1-1996) были приняты на заседании Европейской

группы по изучению *H. pylori*-инфекции в 1996 г. и стали первыми унифицированными и согласованными рекомендациями по диагностике и лечению *H. pylori*-инфекции в Европейском регионе. Они были подготовлены на основе литературных данных, базируются на научных доказательствах, мнениях экспертов и практикующих врачей.

Были сформулированы строгие показания к эрадикации *H. pylori*-инфекции (ЯБ в активной и неактивной фазах, язвенное кровотечение, MALT-лимфома, гастрит с серьезными морфологическими изменениями, состояние после эндоскопической резекции по поводу рака желудка), рекомендуемые показания (функциональная диспепсия, семейные случаи рака желудка, длительное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни антисекреторными препаратами, планируемая или проводимая терапия нестероидными противовоспалительными препаратами, состояние после операции по поводу ЯБ, желание пациента), а также неопределенные показания (профилактика рака желудка при отсутствии факторов риска, отсутствие симптомов, негастроэнтерологические заболевания). Следует сказать, что все эти показания сохранились и в следующем Маастрихте 2-2000.

В отношении диагностики *H. pylori*-инфекции Маастрихт 1-1996 стал отводить менее значимую роль серологии, особенно быстрым тестам, проводимым в кабинете врача. Было предложено рассматривать ^{13}C -мочевинный дыхательный тест (^{13}C -МДТ) в качестве неинвазивного, проводимого по усмотрению врача как для первичного обнаружения инфекции, так и для подтверждения эрадикации после лечения. Врачам, осуществлявшим первичное лечение, было рекомендовано направлять пациентов на эндоскопию на раннем этапе, а больных, не поддающихся лечению, зачислять в группу значительного риска по заболеванию ЯБ или раком желудка.

Подчеркивалось значение применения эффективного курса АГТ, который предусматривал использование ингибитора протонной помпы (ИПП) и двух антибиотиков с учетом вероятной резистентности микроорганизмов к ним. Адекватным стал считаться семидневный курс лечения, а в случае неудачи курса терапии первой линии перед назначением препаратов второй линии рекомендовали эндоскопию, выделение чистой культуры и определение ее чувствительности к антибиотикам.

Маастрихт 1-1996 оказал большое влияние на лечение *H. pylori*-инфицированных пациентов и ускорил внедрение эрадикационной терапии. Однако у врачей, особенно на уровне первичного звена, оставались невыясненные вопросы, касающиеся подходов к лечению, показаний к эрадикации *H. pylori* и терапевтических схем. Поэтому первые оригинальные рекомендации были пересмотрены и дополнены в отчете о консенсусе Маастрихт 2-2000 в целях создания практического руководства по современному лечению *H. pylori*-инфекции для использования в клинической практике.

Практическое руководство Маастрихт 2-2000 содержит 3 основных раздела: 1) лечение пациентов на уровне первичного звена; 2) кого лечить; 3) как лечить.

На основе фундаментальных научных исследований о возникновении и течении *H. pylori*-ассоцииро-

ванных заболеваний, а также многолетнего практического опыта были разработаны и предложены несколько стратегий ведения и лечения *H. pylori*-инфицированных пациентов на уровне первичного звена.

Эндоскопическую стратегию применяют во всех случаях, когда необходимо установить точный диагноз. Это наиболее дорогая, но и наиболее полноценная стратегия, объединяющая в себе визуальный осмотр желудка и двенадцатиперстной кишки, диагностику *H. pylori*-инфицирования с помощью морфологического исследования и/или быстрого уреазного теста и гистологическую оценку состояния слизистой оболочки. К сожалению, во многих странах мира ее осуществление ограничено материальными возможностями.

Предложенные Маастрихтом 2-2000 неинвазивные (неэндоскопические) стратегии включают в себя стратегии «Test & treat» и «Search & treat».

«Test & treat» — наиболее употребляемая из неинвазивных стратегий. Она основана на обследовании пациентов с диспепсическими жалобами с помощью ^{13}C -мочевинного дыхательного теста или определения фекального антигена *H. pylori*. Ее применяют как первую линию обследования взрослых лиц с неисследованной диспепсией в возрасте до 45 лет при отсутствии тревожных симптомов и злокачественных новообразований в семейном анамнезе. Из этой группы также должны быть исключены пациенты с доминирующими симптомами гастроэзофагеальной болезни (ГЭРБ) и больные, принимающие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). *H. pylori*-инфицированные пациенты получают стандартную семидневную АГТ, а *H. pylori*-негативные — эмпирическую симптоматическую терапию ИПП или прокинетики. Эта стратегия существенно уменьшает количество эндоскопических исследований (примерно на 30%) и является эффективной в популяциях с фоновым уровнем распространения *H. pylori*-инфекции свыше 20%.

Стратегия «Search & treat» преследует две цели. Первая — выявление пациентов, которые в течение длительного времени получают антисекреторное лечение (ИПП или H_2 -гистаминоблокаторами); которые имеют или могут иметь *H. pylori*-позитивную язву желудка и/или двенадцатиперстной кишки (эрадикация *H. pylori* способствует излечению таких больных). Вторая — выявление *H. pylori*-инфекции у ближайших родственников больных раком желудка и других пациентов из групп риска. Эту стратегию рекомендуют применять в популяциях с высокой распространенностью и, соответственно, повышенным риском развития рака желудка, к которым относится и Украина. В зависимости от клинической ситуации и клинических возможностей методом диагностики *H. pylori*-инфекции может быть как эндоскопический, так и неинвазивный.

Следует сказать, что существует еще одна стратегия — «Screen & treat», заключающаяся в скрининговом обследовании больших популяций людей (обычно с помощью серологической диагностики *H. pylori*), однако Маастрихт 2-2000 ее не поддержал. На сегодняшний день двумя важнейшими преградами для применения стратегии всеобщего скрининга и лечения являются: 1) достаточно сложная стандартная

схема АГТ с существенной возможностью неудач в лечении, развитии побочных эффектов и резистентности *H. pylori*-инфекции к антибактериальным препаратам; 2) возможность возникновения долговременных последствий АГТ, таких как ГЭРБ, и связанных с ней осложнений. Преимуществом стратегии глобального скрининга и лечения *H. pylori*-инфекции является то, что она в отличие от применения АГТ только по установленным показаниям способна предупредить большинство потенциально неблагоприятных ее последствий, в первую очередь — рак желудка, который в мировом масштабе занимает второе место среди причин смерти онкобольных.

В Маастрихте 2-2000 подчеркивается, что *H. pylori* является установленным этиологическим фактором риска некардиального рака желудка, однако он возникает только у меньшей части *H. pylori*-инфицированных лиц. В связи с этим в общей популяции асимптомных пациентов (в отличие от регионов с высокой распространенностью рака желудка) нет необходимости проводить скрининг на *H. pylori*-инфицирование на основании риска рака желудка в настоящий момент. Однако эрадикация *H. pylori* настоятельно рекомендуется *H. pylori*-инфицированным пациентам с ранними стадиями мальтомы, больным с атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка и инфицированным лицам, которые находятся в первой степени родства с больными раком желудка.

Маастрихт 2-2000 предполагает обязательное подтверждение успешности эрадикации с помощью ^{13}C -МДТ, поскольку это успокаивает пациента и подтверждает отсутствие риска осложнений. Также это помогает в дальнейшем ведении больного в случае как повторного лечения после безрезультатного первого курса терапии, так и при необходимости симптоматического лечения. Если ^{13}C -МДТ использовать невозможно, альтернативой является тест на наличие антигена *H. pylori* в кале. Серологические исследования для подтверждения эрадикации непригодны.

Схема терапии, рекомендуемая Маастрихтом 2-2000, известна как «тройная терапия». Она основана на применении двух антибиотиков (преимущественно кларитромицина и амоксициллина) и ИПП в стандартной дозе дважды в сутки коротким семидневным курсом. Однако ни один антимикробный

режим в контролируемых исследованиях не обеспечил 100% уровня эрадикации. На момент принятия Маастрихта 2-2000 средний общеевропейский уровень эрадикации *H. pylori* при применении тройной терапии составлял 80—85%. Поэтому в случаях неудачного результата первой линии лечения клиницистам сразу предлагалось планировать вторую линию, наиболее оптимальной из которых является «четвертная терапия» (ИПП, висмут, тетрациклин и метронидазол). То есть основным принципом лечения, установленным в Маастрихте 2-2000, является то, что схемы эрадикации первой и второй линии рассматриваются в одном пакете (таблица).

Рекомендуемая схема второй линии обычно успешна при первичной неэффективности кларитромицинсодержащих препаратов, но не всегда помогает при первичной неэффективности метронидазолсодержащих средств. Поэтому выбор второй линии лечения всегда зависит от первоначального лечения. Если первоначально использовали кларитромицинсодержащие вещества, то в качестве второй линии лечения как метод выбора используют метронидазолсодержащие препараты. Неотъемлемым следствием терапевтической стратегии является то, что при первоначальном лечении нежелательно комбинировать кларитромицин и метронидазол. Маастрихт 2-2000 настоятельно рекомендует для первой линии терапии комбинацию ИПП, кларитромицина и амоксициллина. Такое сочетание предпочтительнее комбинации ИПП, кларитромицина и метронидазола.

Применение амоксициллина является методом выбора в тех регионах, где часто встречаются стойкие к метронидазолу штаммы *H. pylori*. К ним относится и Украина. Согласно рекомендациям Маастрихта 2-2000, основным препятствием для применения амоксициллина является только аллергия к препаратам группы пенициллинов. Метронидазол не рекомендуют принимать при злоупотреблении алкоголем.

Кроме того, в рекомендациях Маастрихт 2-2000 констатируется, что после однедельной АГТ нет необходимости продолжать монотерапию антисекреторными препаратами. Эрадикация *H. pylori* целесообразна при функциональной диспепсии. Перед применением НПВП рекомендуют проводить АГТ в целях первичной профилактики НПВП-гастропатий. *H. pylori*-инфекция не ассоциируется с развитием

Таблица. Стандартная эрадикационная терапия при инфицировании *H. pylori*

Первая линия (7 сут)				
Вариант	ИПП	Кларитромицин	Метронидазол	Амоксициллин
1	Стандартная доза *	2 × 500 мг		2 × 1000 мг
2	Стандартная доза *	2 × 500 (250) мг	2 × 400 мг или 2 × 500 мг	
↓				
Вторая линия (7 сут)				
Висмут	ИПП	Тетрациклин	Метронидазол	
Висмута субцитрат (4 × 100 мг) или висмута субсалицилат (4 × 600 мг)	Стандартная доза *	4 × 500 мг	3 × 500 мг	

Примечание. * Стандартная доза ИПП: омепразол (2 × 20 мг), лансопразол (2 × 30 мг), пантопразол (2 × 40 мг), рабепразол (2 × 20 мг), эзомепразол (2 × 20 мг).

ГЭРБ и в большинстве случаев не ухудшает течение уже этой патологии.

К сожалению, пока Украина только начинает внедрять основные положения Маастрихта 2-2000 в практическую медицину, в Европе уже принимают Маастрихт 3-2005.

Как уже было сказано, 17—18 марта во Флоренции состоялось заседание Европейской группы по изучению *H. pylori*-инфекции. Координаторы данного заседания П. Малфетайнер (Германия), Е. Куперс (Нидерланды), Ф. Мегрэ (Франция) и К.О. Моран (Ирландия), а также около 50 экспертов из разных стран мира поставили основную цель — пересмотреть порядков ведения *H. pylori*-инфицированных пациентов на основании результатов сравнительных контролируемых глобальных исследований и тем самым положить начало глобальной кампании «Здоровый желудок».

Маастрихтский консенсус 3-2005 состоит из трех основных разделов, посвященных: 1) расширению показаний к эрадикации *H. pylori*; 2) совершенствованию диагностики и лечения *H. pylori*-инфицированных пациентов; 3) превенции некардиального рака желудка путем эрадикации *H. pylori*.

Как и ожидалось, на Маастрихте 3-2005 расширены показания для эрадикации *H. pylori* за счет экстрагастральных заболеваний. Отныне рекомендуют проводить эрадикацию *H. pylori* при ИБС (уровень научной доказанности В), иммунной тромбоцитопении (уровень В) и необъяснимой железодефицитной анемии (уровень В). Кроме того, Маастрихт 3-2005 обязательно рекомендует (уровень А) проводить эрадикацию *H. pylori* при неинфекционной диспепсии, то есть во всех случаях применять стратегию «Test-and-treat». В отношении НПВП-гастропатий отмечается, что эрадикация *H. pylori* недостаточно для их предотвращения, однако все пациенты, получающие аспирин, НПВП и СОХ-2-ингибиторы, должны проходить тестирование на *H. pylori*. Подчеркивается, что сама по себе эрадикация *H. pylori* не вызывает ГЭРБ, однако все случаи сочетания *H. pylori*-инфицирования и осложненной ГЭРБ должны рассматриваться специально.

Маастрихт 3-2005 подчеркивает, что основными тестами для диагностики *H. pylori* должны являться ¹³С-МДТ и антигенный фекальный, хотя в определенных ситуациях (при кровоточащей язве, атрофическом гастрите, MALT-лимфоме и применении ИПП) преимущество имеет серология. Проведение быстрого уреазного теста и его позитивные результаты являются достаточным основанием для применения первой линии эрадикации *H. pylori*. Определение антител в моче или слюне возможно только при широких эпидемиологических исследованиях. Подтверждение эрадикации должно проводиться не ранее чем через 4 нед, если есть возможность — с помощью ¹³С-МДТ, а при его недоступности — с помощью определения фекального антигена *H. pylori*.

В отношении лечения отмечается, что первая линия терапии в большинстве случаев должна оставаться прежней — ИПП + кларитромицин + амоксициллин (в странах, где уровень метронидазолрезистентности превышает 40%) или метронидазол (в странах с низкой метронидазолрезистентностью). Тройная терапия в течение 14 сут по сравнению с

семидневной тройной терапией позволяет повысить уровень эрадикации примерно на 12%.

Внесены также некоторые изменения в первую линию лечения в зависимости от кларитромицинрезистентности *H. pylori*. Исследования показали, что средний уровень резистентности *H. pylori* к кларитромицину в Европе находится на уровне 9,8% (на юге Европы — 18,8%, на севере — около 4%, в центре ее — около 9%). У кларитромицинчувствительных больных уровень эрадикации равен 87,8%, а в кларитромицинрезистентных — не превышает 30%. Эти данные позволили сделать вывод, что кларитромицин не должен применяться, если резистентность к нему превышает 15—20%. Поэтому в странах с высокой кларитромицинрезистентностью и высокой метронидазолрезистентностью предпочтительнее сразу в качестве первой линии лечения назначать квадротерапию.

Наиболее эффективной второй линией лечения по-прежнему остается классическая квадротерапия, основанная на применении висмута.

В случаях неудачной эрадикации и при второй линии лечения рассматривают следующие варианты «терапии спасения»:

- ИПП + амоксициллин в высоких дозах (3 г/сут) в течение 10—14 сут;
- ИПП + амоксициллин + рифабутин (или левофлоксацин) в течение 7—10 сут;
- ИПП + висмут + тетрациклин + фуразолидон в течение 7 сут.

Наилучшим способом является лабораторное установление резистентности *H. pylori*. Это исследование следует применять всегда, когда это возможно.

Третий раздел нового консенсуса посвящен вопросам предупреждения рака желудка путем эрадикации *H. pylori*. Было отмечено, что *H. pylori* — наиболее доказанный фактор риска некардиального рака желудка (уровень А). Некардиальная аденокарцинома ассоциирована с *H. pylori* в среднем в 71% случаев. Эрадикация *H. pylori* предупреждает развитие пренеопластических изменений в слизистой оболочке желудка, если она достигнута до гипотетической «точки невозврата» (уровень А). Эрадикация *H. pylori* в целях превенции рака желудка экономически выгодна (уровень В), хотя и требуются дальнейшие глобальные исследования. В любом случае необходимо разрабатывать новые стратегии скрининга на рак желудка и искать новые лекарства.

Таковы основные положения Маастрихта 3-2005. В связи с появлением нового консенсуса неизбежно возникает вопрос: насколько и в каких положениях следует его выполнять в Украине? Существует ли в Украине острая необходимость в изменении подходов к лечению *H. pylori*-зависимых заболеваний?

На наш взгляд, все новые положения Маастрихта 3-2005, касающиеся диагностики *H. pylori*, расширения показаний для эрадикации *H. pylori* и профилактики некардиального рака желудка путем эрадикации *H. pylori*, следует выполнять безоговорочно, поскольку все эти положения основаны на высоких уровнях научной доказанности.

Что же касается подхода к выбору первой линии лечения *H. pylori*-инфекции, то, на наш взгляд, в этом отношении в Украине вряд ли что-то надо менять

сейчас и вряд ли что-то надо будет менять, по крайней мере, еще несколько лет.

По нашему глубокому убеждению, учитывая то, что первичной резистентности к амоксициллину практически нет, прогнозируемый уровень метронидазол-резистентности в Украине находится на уровне 40% (пока специальных исследований не проводили), а уровень кларитромицин-резистентности не превышает 4% (по-видимому, это связано с тем, что макролиды начали применяться в Украине на несколько лет позже, чем в Европе), в качестве первой линии лечения предпочтение следует отдавать схеме ИПП + кларитромицин (500 мг) + амоксициллин (1000 мг 2 раза в 1 сут) в течение 7 сут, как это и рекомендует Маастрихт 2-2000. Пролечив по этой схеме за 5 лет несколько тысяч пациентов, мы и на сегодняшний день получаем средний уровень эрадикации *H. pylori* в 93%, что значительно выше общеевропейского.

Указанная комбинация нашла свое отражение в имеющемся на фармацевтическом рынке комбинированном препарате «Пилобакт нео» (производитель «Ранбакси»). Важным преимуществом «Пилобакта нео» является удобство его применения, которое позволяет существенно повысить комплаенс больных и эффективность лечения. «Пилобакт нео» содержит 7 комбинированных блистеров, рассчитанных на семидневный курс лечения. Каждый блистер имеет 2 капсулы омепразола (20 мг), 2 таблетки кларитромицина (500 мг) и 2 таблетки амоксициллина (1000 мг). Для удобства больного три препарата расположены в блистере рядом, а на покровной фольге есть маркировка «Утро» и «Вечер». Курс лечения предусматривает прием трех препаратов 2 раза в 1 сут в течение 7 сут. Стоимость курсового лечения «Пилобактом нео» существенно ниже, чем тремя отдельными препаратами разных фирм-производителей.

Мы еще раз подчеркиваем, что не обладаем рабочими материалами Маастрихта 3-2005 (они пока не

опубликованы) и основываемся на результатах докладов его разработчиков, сделанных на 13-й Объединенной европейской гастроэнтерологической неделе. Однако уже одно это заставляет нас задуматься о настоящем и будущем, реально оценить все преимущества и недостатки АГТ.

На основании обобщения опыта мы можем констатировать, что на нынешнем этапе применение положений Маастрихта 2-2000 в отношении схем лечения *H. pylori* в Украине полностью обосновано и какой-либо коррекции не требует (при условии правильного выполнения рекомендаций). Все надежды, связанные с эрадикацией *H. pylori*-инфекции, АГТ на основании Маастрихтских рекомендаций 2-2000, пока оправдываются. Успешная эрадикация *H. pylori* в большинстве случаев позволяет полностью излечить ЯБ, предупредить развитие гастроэнтерологических заболеваний у больных с диспепсией, улучшить течение НПВП-гастропатий, снизить риск возникновения некардиального рака желудка.

Схемы АГТ, предлагаемые Маастрихтом 2-2000 и правильно применяемые, прекрасно «работают» в Украине. Никаких разочарований в результатах лечения *H. pylori*-инфицированных пациентов пока нет. Это говорит о том, что в ближайшие годы в отношении положений, касающихся схем лечения *H. pylori*-инфекции, нам следует продолжать пользоваться рекомендациями консенсуса Маастрихт 2-2000. Как долго — прогнозировать сложно. Во многом это будет связано с тем, насколько «строго» и правильно наши практикующие врачи будут выполнять положения Маастрихта 2-2000 и широко будут применяться макролиды и метронидазол по другим показаниям.

Что же касается Маастрихтских консенсусов вообще, берем на себя смелость предположить, что их будут обновлять не каждые 5—7 лет, а каждые 2—3—4 года, вплоть до создания эффективной вакцины против *H. pylori*-инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Передерий В.Г., Рожавин М.А., Поперека Г.М., Юрченко Е.С.* Оценка методов ускоренной диагностики *Campylobacter pylori* при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Врачеб. дело.* — 1989. — № 2. — С. 22—24.
2. *Передерий В.Г., Рожавин М.А., Поперека Г.М., Юрченко Е.С.* Диагностика *Campylobacter pylori* по уровню мочевины в желудочном соке // *Лабор. дело.* — 1990. — № 4. — С. 6—9.
3. *Передерий В.Г., Бычкова Н.Г., Ткач С.М.* Антимикробные препараты в лечении заболеваний желудка и 12-перстной кишки, связанных с *Кампилобактер пилори* // *Сов. мед.* — 1990. — № 10. — С. 17—19.
4. *Передерий В.Г., Субботин Ю.В., Цветков А.В.* Значение *Helicobacter pylori* в патогенезе язвенной болезни // *Врачеб. дело.* — 1991. — № 12. — С. 19—25.
5. *Поперека Г.М.* Влияние различных видов лечения на *Campylobacter pylori* (*Helicobacter pylori*) у больных язвенной болезнью: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — К., 1990. — 19 с.
6. *Рожавин М.А., Передерий В.Г., Поперека Г.М., Юрченко Е.С.* Диагностическое значение различных методов выявления *Campylobacter pylori* у больных с гастродуоденальной патологией // *Клин. мед.* — 1989. — № 8. — С. 38—43.
7. *Юрченко Е.С.* Значение *Helicobacter pylori* в рецидивировании язвенной болезни: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — К., 1991. — 20 с.
8. Язвенная болезнь или пептическая язва? Современные представления о причинах возникновения, новых подходах в лечении и возможностях вылечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. проф. В.Г. Передерия. — К.: Здоров'я, 1997. — 168 с.
9. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht 2-2000 Consensus Report, September, Rome, 2000.
10. The European *Helicobacter Pylori* Study Group: Current European concepts in management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report // *Gut.* — 1997. — 41. — P. 8—13.

ВІД МААСТРИХТА 1-1996 ДО МААСТРИХТА 3-2005: ДЕСЯТИЛІТНІЙ ШЛЯХ РЕВОЛЮЦІЙНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ У ЛІКУВАННІ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

В.Г. Передерій, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанич

Розглянуто основні положення консенсусів з діагностики та лікування інфекції *H. pylori*. Зроблено висновок, що існуючі режими лікування ефективні в Україні, у зв'язку з чим поки що немає необхідності впроваджувати положення Маастрихта 3-2005.

FROM MAASTRICHT 1-1996 TO MAASTRICHT 3-2005: TEN-YEARS WAY OF REVOLUTIONARY CHANCES IN TREATMENT OF GASTROINTESTINAL DISEASE

V.G. Perederiy, S.M. Tkach, B.N. Marusanich

In the article the basic viewpoints of modern consensuses on diagnostic and treatment of *H. pylori* are discussed. It had concluded that existence first-line and second-line eradication treatment are effective in Ukraine and the introduction of Maastricht 3-2005 in Ukraine are not necessary.