

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ПЕПТИЧКА УЛКУСНА БОЛЕСТ, ИНФЕКЦИЈА СО HELICOBACTER**  
**PYLORI И ХРОНИЧЕН ГАСТРИТ**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува приод кон дијагностицирањето и терапијата при пептичката улкусна болест, *Helicobacter pylori* инфекцијата и хроничниот гастрит.

**Член 2**

Начинот на дијагностицирање и терапија на пептичката улкусна болест, *Helicobacter pylori* инфекцијата и хроничниот гастрит е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и терапија при пептичката улкусна болест, *Helicobacter pylori* инфекцијата и хроничниот гастрит по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на пептичката улкусна болест, *Helicobacter pylori* инфекцијата и хроничниот гастрит, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9018/2  
30 ноември 2013 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ПЕПТИЧКА УЛКУСНА БОЛЕСТ, ИНФЕКЦИЈА СО *HELICOBACTER PYLORI* И ХРОНИЧЕН ГАСТРИТ

МЗД Упатство  
15.2.2010

- Основни податоци
- Третман на пептичкиот улкус (желудечен и дуоденален)
- *Helicobacter pylori* инфекција
- Хроничен гастрит
- Поврзани извори

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Пептичката улкусна болест е асоцирана со *Helicobacter pylori* инфекцијата или со употребата на нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ-и).
- Ако жиговината и регургитацијата на кисела содржина се главни симптоми, пациентот има гастроезофагеална рефлуксна болест (види Гастро-езофагеална рефлуксна болест). Одредувањето на *Helicobacter pylori* антителата, одредувањето на антиген во фесец или уреа издивниот тест и третманот на позитивните случаи без да се изведе ендоскопија е ефикасен и безбеден пристап во третманот на пациентите со диспепсија на возраст под 55 години без алармирачки симптоми.
  - Кај пациенти со функционална диспепсија, ефектот од ерадикација на *Helicobacter pylori* врз симптомите е ограничен (ннд-А). Меѓутоа, асоцираниот пептички улкус ќе биде излечен.
- Ако диспептичните симптоми се изразени или се јавуваат за првпат на возраст над 55 години, не треба да се започне третман пред да се направи гастроскопија.
- *Helicobacter pylori* мора да се ерадицира кај сите пациенти со желудечен или со дуоденален улкус.

### ТРЕТМАН НА ПЕПТИЧКИОТ УЛКУС (ЖЕЛУДЕЧЕН И ДУОДЕНАЛЕН)

- Ерадикација на *Helicobacter pylori* (види долу) е индицирана секогаш кога инфекција е детектирана со брз уреазен тест или со биопсија.
- Пушењето и нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) треба да се прекинат (парацетамол е дозволен).
- Ако брзиот тест за *Helicobacter* е негативен (и додека се добијат резултатите од биопсијата).
  - Инхибитор на протонската пумпа (ннд-А) (езомепразол 40 mg еднаш на ден<sup>1</sup>, омепразол 20-40 mg еднаш на ден (ннд-А), лансопрозол 30 mg еднаш на ден (ннд-А), пантопрозол 40 mg еднаш на ден или рабепразол 20 mg еднаш на ден).
- Ако пептичкиот улкус не заздравува за 8 недели (без оглед на видот на третманот), инхибитор на протонската пумпа еднаш дневно наутро, во текот на 8 недели, е најефикасниот понатамошен третман.

## HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЈА

### Епидемиологија

- Кај најголемиот број индивидуи инфекцијата е асимптоматска; кај 10-20% резултира со текот на времето во развој на желудечен или на дуоденален улкус и го зголемува ризикот од желудечен карцином 2-6 пати.

### Дијагноза

- Кај претходно нелекувани пациенти се препорачуваат следниве тестови пред гастроскопија: одредување на IgG класа антитела,<sup>13</sup> C уреа издивен тест и одредување на фекалниот антиген.
- Сензитивноста и специфичноста на квалитативната серологија од полна крв не е секогаш задоволувачка.
- Кога се прават тестови заедно со ендоскопијата, биопсија и уреаза тест се најдобри методи.
- Нема докази за оправданоста на скринингот за *Helicobacter pylori* кај асимптоматска популација.

### Третман на *Helicobacter pylori* инфекцијата

- Дуоденален или желудечен улкус кај пациент со *Helicobacter pylori* инфекција секогаш е индикација за ерадикација на бактеријата. (ннд-А)
- Ерадикација на *Helicobacter pylori* може да се спроведе и без гастроскопија кај Хеликобактер позитивни пациенти со диспепсија кои се под 55 години возраст и немаат алармирачки или изразени симптоми (види Диспепсија).
- Ерадикација се препорачува и кај функционална диспепсија по детални испитувања (ннд-А), иако контролирани студии покажале дека оваа терапија ги ублажува диспептичките симптоми само кај мал број од пациентите.
- Ерадикациона терапија е индицирана и кај нејасна железо дефицина анемија и кај идиопатска тромбоцитопенија.
- При гастроскопија треба да се направи брз уреаза тест за Хеликобацтер пилори. Ако тестот е позитивен, а пациентот има улкус, треба веднаш да се започне со ерадикациски третман.
- Види табела 1 за препораките за третман. (ннд-А)
  - Метронидазолот не е вклучен во првата линија на препорака, бидејќи резистенцијата на *H. pylori* на метронидазол е честа.
  - Должината на третманот е 7 дена. Кај новодијагностицирана пептичка улкусна болест, терапијата со инхибитор на протонска пумпа треба да продолжи 2-4 недели.
  - Претходен третман со  $H_2$  блокатор или инхибитор на протонска пумпа не е контраиндикација за ерадикациска терапија.
- Повторен третман мора да се базира врз доказ на перзистентна инфекција, не само на симптомите или на серологијата (која останува позитивна долго време по ерадикацијата).
  - Консултирајте гастроентеролог ако ерадикацијата не биде успешна и со втората линија третман. Индикациите за третман треба критички да се разгледаат, доколку примарните третмани потфрлиле и се причина за несакани ефекти.
  - Можниот третман во трета фаза вклучува инхибитор на протонска пумпа во нормална доза двапати на ден + левофлуксацин 500 mg еднаш на ден + амоксицилин 1g двапати на ден во текот на 10 дена.
- Ерадикацијата е успешна кај 85-90% од пациентите. (ннд-С)
- Многу е важно да се мотивира пациентот да ја комплетира терапијата и покрај благите несакани дејства. Во пракса, несаканите дејства ретко се причина за некомплетирање на терапијата, со исклучок на алергиски реакции (најчесто на амоксицилин). Најчестите несакани дејства вклучуваат:
  - Стомачни тегоби или пролив.

- Темна боја на изметот (бизмут) и метален вкус (метронидазол).
- *Helicobacter pylori* развива резистенција на метронидазол и кларитромицин, но не и на амоксицилин.
- Успешноста на ерадикацијата мора да се верифицира, но не порано од 1 месец по завршувањето на третманот со уреаса издивен тест (земањето на примерокот може да се изврши во примарната здравствена заштита, дури и во домашни услови) или со фекален антиген тест. Заздравувањето на желудечниот улкус мора секогаш да се потврди ендоскопски, бидејќи може да се работи за улцерирачки карцином. При ендоскопијата треба да се земат биопсии за верификација на успешноста на ерадикацијата.

**Табела 1.** Препорачан ерадикациски третман за *Helicobacter pylori* кај возрасни

Примарен третман	Повторен третман по еден неуспешен третман <sup>1)</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инхибитор на протонската пумпа, нормална доза<sup>2)</sup> + кларитромицин 500 mg + амоксицилин 1 g, сите лекови два пати дневно 7 дена</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инхибитор на протонската пумпа, два пати на ден нормална доза<sup>2)</sup> + метронидазол 400mg, три пати на ден + амоксицилин 1g два пати на ден во тек на две недели</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кај пациенти алергични на пеницилин, инхибитор на протонската пумпа, два пати на ден нормална доза<sup>2)</sup> + кларитромицин 250 mg два пати на ден + метронидазол 400mg, три пати на ден, сите лекови 7 дена</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кај пациенти алергични на пеницилин, амоксицилинот може да се замени со тетрациклин 500 mg, 4 пати на ден</li> </ul>

1. По еден неуспешен третман.
2. Омепразол 20 mg, лансопразол 30 mg, пантопразол 40 mg, рабепразол 20 mg или езомепразол 20 mg.

## ХРОНИЧЕН ГАСТРИТИС

- *Helicobacter pylori* инфекцијата е основен причинител на хроничниот гастрит. Кај најголем број пациенти, гастритот е асимптоматски.
- Хроничниот гастрит се дијагностицира хистолошки.
- Хроничните инфламаторни промени заздравуваат во текот на неколку години по успешната ерадикација на *Helicobacter pylori*.
- Автоимуниот гастрит предизвикува атрофија на корпоралната лигавицата на желудникот и ахлорхидрија. По неколку години, пациентот ќе развие В<sub>12</sub> дефицит како резултат на недостаток на интринзинг факторот.
- Атрофичниот гастрит лесно го зголемува ризикот за желудечен карцином, а атрофијата на корпоралната лигавица го зголемува ризикот за желудечен карциноид. Редовно ендоскопско следење е потребно кај пациентите кај кои е дијагностицирана пернициозна анемија на возраст под 40 години.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

### Збирни докази

- Ранитидин бизмут сулфатот заедно со кларитромицинот обезбедува стапка на ерадикација на *Helicobacter pylori* над 80% и стапка на заздравување на улкуси над 70% (ннд-А)

## Литература

### Прегледи од клиничката практика

1. McColl KE. Clinical practice. Helicobacter pylori infection. N Engl J Med 2010 Apr 29; 362(17):1597-604.
2. Luther J, Higgins PD, Schoenfeld PS, Moayyedi P, Vakil N, Chey WD. Empiric quadruple vs. triple therapy for primary treatment of Helicobacter pylori infection: Systematic review and meta-analysis of efficacy and tolerability. Am J Gastroenterol 2010 Jan; 105(1):65-73.
3. Malfertheiner P, Chan FK, McColl KE. Peptic ulcer disease. Lancet 2009 Oct 24; 374(9699):1449-61.
4. Fuccio L, Laterza L, Zagari RM, Cennamo V, Grilli D, Bazzoli F. Treatment of Helicobacter pylori infection. BMJ 2008 Sep 15; 337():a1454.
5. Shah R. Dyspepsia and Helicobacter pylori. BMJ 2007 Jan 6; 334(7583):41-3.
6. Chan FK, Wong VW, Suen BY, Wu JC, Ching JY, Hung LC, Hui AJ, Leung VK, Lee VW, Lai LH, Wong GL, Chow DK, To KF, Leung WK, Chiu PW, Lee YT, Lau JY, Chan HL, Ng EK, Sung JJ. Combination of a cyclo-oxygenase-2 inhibitor and a proton-pump inhibitor for prevention of recurrent ulcer bleeding in patients at very high risk: a double-blind, randomised trial. Lancet 2007 May 12; 369(9573):1621-6.

1. **EBM Guidelines, 15.02.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до февруари 2015 година.**