

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

*Н. В. Рогова, Е. И. Бочкарева (Первый)*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ,  
клинической аллергологии ФУВ,  
ГУ Волгоградский медицинский научный центр*

Данные эпидемиологического исследования язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Волгограде и области выявили факторы, позволяющие повысить эффективность диагностики и лечения данных нозологий у жителей.

*Ключевые слова:* фармакоэпидемиология, уреазный дыхательный тест, рациональная терапия, эрадикационная терапия, антисекреторная терапия, язвенная болезнь.

## EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF PEPTIC ULCER: A QUESTIONNAIRE-BASED SURVEY

*N. V. Rogova, E. I. Bochkareva (Perviy)*

*Volgograd State Medical University,  
Department of Clinical Pharmacology and Intensive Therapy  
with a course of Clinical Pharmacology and Clinical Allergology,  
Volgograd Medical Research Center*

We evaluated the factors which can improve the diagnosis and treatment of peptic ulcer in an epidemiological study which was performed in the Volgograd region.

*Key words:* pharmacoepidemiology, the Urea Breath Test, efficient therapy, eradication therapy, antisecretory therapy, peptic ulcer.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) является одной из распространенных патологий ЖКТ в России. Согласно данным эпидемиологических исследований ЯБ страдают 12 % взрослого населения страны [2]. Частота инфицирования *H. pylori* при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки составляет около 80 %, желудка — 60 % [3, 4, 5]. Инфицированность *H. pylori* населения РФ колеблется от 50 до 80 %, в некоторых регионах достигая 100 % [1, 3, 4]. В практику были внедрены рекомендации по диагностике и лечению пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также по эрадикации *H. pylori*-инфекции. Несмотря на данные мероприятия и широкое внедрение рекомендаций в практику врачей, в среднем частота рецидивов язв составляет 70 % в течение первого года после достижения рубцевания язвы. Это в свою очередь ведет к увеличению числа осложненных форм ЯБ, длительности пребывания пациентов на листе временной нетрудоспособности. Таким образом, необходимо строгое соблюдение рекомендаций по медикаментозному лечению ЯБ для улучшения эффективности терапии ЯБ в РФ.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка рациональности выбора диагностики и фармакотерапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях оказания помощи населению

и сравнение ее с клиническими рекомендациями по гастроэнтерологии, по диагностике и лечению язвенной болезни (2013 г.), Маастрихтскими IV рекомендациями (2010 г.).

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в дизайне простого описательного проспективного одномоментного фармакоэпидемиологического исследования. Было проанкетировано 70 врачей-терапевтов и гастроэнтерологов лечебно-профилактических учреждений г. Волгограда. Для проведения опроса использовались анкеты, разработанные на кафедре клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ, состоящие из 21 вопроса о диагностике и фармакотерапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Статистический анализ проводился с помощью Microsoft Office Excel 2013 г.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди опрошенных врачей было 56 терапевтов (80 %), 14 гастроэнтерологов (20 %). Из них 49 человек (70 %) работали в амбулаторно-поликлиническом звене, 15 человек (21,43 %) в стационаре, а 6 (8,57 %) — совмещали деятельность в различных звеньях оказания медицинской помощи. Средний стаж работы опрошенных врачей (10,79 ± 6,11) лет. Преобладание врачей-терапевтов, участвующих в анкетировании, связано

со штатным распределением специалистов в ЛПУ. Согласно клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии, по диагностике и лечению ЯБ для верификации диагноза и контроля терапии кроме клинических, лабораторных данных используют метод эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС). Полученные данные говорят о том, что 38 опрошенных врачей (54,28 %) отдают предпочтение ЭФГДС, 23 (32,86 %) — сочетают его с уреазным дыхательным тестом (УДТ). Остальные 9 респондентов (12,86 %) в дополнении к ЭФГДС используют рентгенологические методы, лабораторные показатели (ОАК, ОАМ), Рн-метрию. Полученные результаты показывают, что как врачи-терапевты, так и гастроэнтерологи всех звеньев оказания медицинской помощи достаточно информированы о современных тенденциях в диагностике ЯБ.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению ЯБ до назначения эрадикационной терапии (ЭТ) признают в качестве методов выявления *H. P.*-инфекции уреазный дыхательный тест (УДТ), эндоскопический (быстрый) уреазный тест (БУТ), определение уровня Ig G, фекального антигена (Анг) *H. pylori*, морфологический метод (ММ). Согласно клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии, могут использоваться все выше перечисленные методы. Однако ММ считается «золотым стандартом» диагностики *H. P.*-инфекции. Маастрих IV рекомендует использовать следующие методы диагностики, основываясь на целях стратегии ведения *H. pylori*-инфекции: БУТ, ММ, УДТ, определение уровня IgG к *H. pylori* и фекального Анг *H. pylori*.

Наличие *H. P.*-инфекции до начала терапии определяют 61 человек (87,14 %), из них только УДТ используют 50 опрошенных (71,42 %), в сочетании с определением антигена *H. pylori* в кале — 9 человек (12,86 %), с биохимическими анализами — 1 человек (1,43 %); лишь определение антигена *H. pylori* в кале применяет 1 человек (1,43 %). Полученные нами данные показывают, что предпочтение отдается УДТ, возможно, потому, что метод является неинвазивным, а также результаты можно получить в короткие сроки. Использование антибиотикограммы отрицает 47 (67,14 %) респондентов.

В клинических рекомендациях по гастроэнтерологии, по диагностике и лечению ЯБ, если нет необходимости в ЭТ, отдается предпочтение терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП). Монотерапия антацидами и H<sub>2</sub>-антагонистами используется намного реже. В качестве антисекреторной терапии, согласно полученным данным, при лечении ЯБ 48 (68,57 %) врачей используют ингибиторы протонной помпы (ИПП), антациды в сочетании с ИПП — 17 (24,28 %) врачей. ИПП в комбинации с H<sub>2</sub>-антагонистами применяют 3 (4,29 %) врача, только антациды назначает 1 (1,43 %) врач, только H<sub>2</sub>-антагонисты — 1 (1,43 %) респондент. Вышеизложенные данные показывают, что большая часть респондентов рационально применяют антисекреторные препараты.

Для проведения эрадикационной терапии в своей практике 7 групп препаратов использует 1 (1,4 %) врач, 6 групп — 7 (10 %) врачей, 5 групп — 16 (22,9 %) человек, 4 группы — 34 (48,5 %), 3 группы — 9 (12,9 %) врачей, а сочетание 2 групп — 3 (4,3 %) респондента. Комбинации групп препаратов, применяемые в эрадикационной терапии, представлены в таблице 1.

Таблица 1

### Комбинация препаратов для эрадикационной терапии ЯБ

Препараты	%
ИПП+макролиды	4,3
ИПП+макролиды+де-нол+пенициллины	34,3
ИПП+пенициллины+антациды+де-нол+H <sub>2</sub> -агонисты	4,3
ИПП+пенициллины+макролиды+H <sub>2</sub> агонисты+де-нол+ антациды+нитроимидазолы	1,4
ИПП+пенициллины+макролиды	12,9
Пенициллины+макролиды+H <sub>2</sub> -агонисты+нитроимидазолы+де-нол	4,3
ИПП+пенициллины+макролиды+де-нол+антациды+нитроимидазолы	5,7
ИПП+пенициллины+макролиды+антациды	7,1
ИПП+пенициллины+макролиды+де-нол+H <sub>2</sub> -агонисты+нитро-имидазолы	4,3
ИПП+пенициллины+макролиды+нитроимидазолы	7,1
ИПП+пенициллины+макролиды+де-нол+нитроимидазолы	14,3

Согласно клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии для поддерживающей терапии ЯБ должны использоваться ИПП. Поддерживающую терапию в качестве ИПП назначают 46 (65,71 %) врачей, ИПП с постоянной диетой — 12 (17,14 %), монотерапию в виде де-нола — 7 (10 %) врачей, де-нол с ИПП — 1 (1,43 %) респондент. Назначение в виде постоянной диеты делает 1 (1,43 %) врач, а 3 (4,29 %) врача рекомендации не назначают.

По данным результатов анкетирования врачей среди препаратов группы ИПП предпочтение одному средству отдают 6 человек (8,6 %), из них омепразолу — 4 врача (66,7 %), эзомепразолу — 2 (33,3 %). Препараты двух различных поколений ИПП назначают 30 % врачей, 3 препарата — 37,1 % опрошенных, 4 препарата — 21,4 %, 5 препаратов — 2,9 %. Все препараты, зарегистрированные в РФ, которые показаны для терапии ЯБ, используются врачами. Однако омепразолу отдается предпочтение (92,86 % опрошенных врачей).

В качестве терапии «скорой помощи» 40 врачей (57,14 %) указали антациды, 10 врачей (14,28 %) — комбинацию ИПП с антацидами, 5 врачей (7,14 %) — ИПП, 3 врача (4,29 %) — спазмолитики, антациды в сочетании со спазмолитиками — 2 врача (2,86 %), в сочетании с H<sub>2</sub>-антагонистами — 1 врач (1,43 %), 3 группы антисекреторных препаратов — 1 врач (1,43 %). Остальные 8 врачей (11,43 %) — не назначают препараты «скорой помощи». В целом, назначение

препаратов «по требованию» соответствует современным рекомендациям.

Распределение предпочтений врачей в методах контроля эффективности терапии ЯБ представлены в таблице 2.

Таблица 2

## Контроль эффективности терапии ЯБ

Методы контроля	N (%)
ЭФГДС	32 (45,71)
ЭФГДС + состояние пациента	2 (2,86)
ЭФГДС + дыхательный тест	17 (24,28)
ЭФГДС + Анг.Н.Р.в кале	3 (4,29)
ЭФГДС + Рн-метрия	1 (1,43)
ЭФГДС + отрицательные тесты на Н.Р.	10 (14,28)
Отрицательные тесты на Н.Р.+ состояние пациента	1 (1,43)
Отрицательные тесты на Н.Р.	3 (4,29)
ЭФГДС + отрицательные тесты на Н.Р. + чувствительность к кларитромицину Н.Р.	1 (1,43)

Средний срок контроля эффективности терапии — (4,21 ± 1,23) недели.

Для контроля эрадикационной терапии 47 человек (67,14 %) используют дыхательный тест, ЭФГДС с дыхательным тестом — 5 человек (7,14 %), определение антигенов *H.P.* в кале — 4 человека (5,71 %). Комбинацию дыхательного теста с определением антигена *H.P.* в кале применяют 13 человек (18,58 %), с определением уровня Ig G — 1 опрошенный (1,43 %). Полученные данные анкетирования соответствуют современным рекомендациям.

Средний срок проведения контроля эрадикации *H.P.*-инфекции составляет — (3,79 ± 1,16) недели, что в целом соответствует современным рекомендациям по ведению *H.P.*-инфекции.

Только оригинальные препараты в своей работе используют 35,71 % опрошенных, остальные 64, 29 % врачей применяют оригинальные препараты наравне с дженериками.

Среди препаратов пенициллинового ряда, используемых в эрадикационной терапии, только амоксициллин применяют 75,7 % врачей, амоксициллин с клавуланатом — 5,7 % врачей, остальные 18,6 % используют оба препарата в своей практике.

Среди препаратов из группы макролидов предпочтение врачи отдают кларитромицину (85,71 %), в остальных случаях вместе с кларитромицином опрошенные назначают джозамицин, мидекамицин, азитромицин (14,29 %). При этом ни в одних рекомендациях данные препараты не указаны, даже при учете высокой резистентности *H. pylori* к кларитромицину [1].

Нитроимидазолы в эрадикационной терапии применяют 82,86 % опрошенных врачей, при чем чаще всего (78,57 %) отдают предпочтение только метронидазолу. Данный препарат указан как в Российских, так и в международных рекомендациях по эрадикации *H.P.*-инфекции.

Среди препаратов группы H2-антагонистов респонденты используют чаще всего только фамотидин в 40 %, только ранитидин — в 5,7 %. Не используют вообще в своей практике при лечении ЯБ данную группу препаратов 18,6 % врачей. Согласно современным рекомендациям, препараты группы H2-антагонистов применяют при невозможности использования представителей ИПП, либо в комбинации с ними.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По итогам нашего исследования можно установить, что в большинстве случаев помощь оказывается согласно рекомендациям. Однако снижение эффективности терапии язвенной болезни может быть обусловлено недостаточным назначением исследований для определения инфицированности *H. pylori*, контролем эффективности эрадикационной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гомон Ю. М., Колбин А. С., Бурбелло А. Т. Фармакоэкономические аспекты нежелательных побочных реакций лекарственных средств // Клиническая фармакология и терапия. — 2011. — Т. 20, № 1. — С. 81—85.
2. Ивашкин В. Т. Клинические рекомендации // Гастроэнтерология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 36 с.
3. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Лапина Т. Л. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2012. — № 1. — 87—89 с.
4. Петров В. И. Базисные принципы и методология доказательной медицины // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 2. — 3—8 с.
5. Malfertheiner P., Megraud F. Management of *Helicobacter pylori* infection. // The Maastricht IV / Florence Consensus Report. — 2012. — P. 651—654.

## Контактная информация

**Бочкарева (Первий) Екатерина Игоревна** — аспирант кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: kateperviy@rambler.ru