

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ТЕРАПИИ НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНЫХ ЭТАПАХ

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

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

По данным проведенного исследования было выявлено, что на амбулаторном этапе лечение оказывается не в полном объеме. Однако диспансерное наблюдение пациентов после эффективного стационарного лечения позволяет избежать обострений.

*Ключевые слова:* фармакоэпидемиология, эрадикационная терапия, антисекреторная терапия, язвенная болезнь.

## A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MANAGEMENT OF PEPTIC ULCER: IN-PATIENT AND OUT-PATIENT TREATMENT

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

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

The study revealed that patients with peptic ulcer fail to receive a full range of outpatient services. Appropriate follow-up care can help reduce the risk of potential major complications upon completion of inpatient treatment programs.

*Key words:* pharmacoepidemiology, eradication therapy, antisecretory therapy, peptic ulcer.

Язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) страдают приблизительно 10 % населения земного шара [1]. В РФ распространенность ЯБ составляет 12 % взрослого населения. Высокая частота рецидивов язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) после прекращения курсового приема антисекреторных препаратов составляет в среднем 70 % в течение первого года после достижения рубцевания язвы, что является маркером недостаточно эффективной терапии и увеличения затрат на лечение данной патологии. К факторам, способствующим частым рецидивам язв, относятся: персистенция инфекции *H. pylori*, прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), низкая приверженность больных к лечению и т. д. [2]. Согласно данным международных исследований частота инфицирования *H. pylori* при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки составляет около 80 %, желудка — 60 % [3]. Инфицированность *H. pylori* населения РФ колеблется от 50 % до 80 %, в некоторых регионах достигая 100 %. По данным некоторых исследований, до 80—100 % пациентов с ЯБ в России являются носителями *H. pylori*. Проведение эрадикации инфекции *H. pylori* у больных ЯБ приводит, прежде всего, к снижению частоты последующих рецидивов ЯБ в течение года с 70 % до 4—5 %, и эта частота остается столь же низкой и в последующие годы [3]. Другие факторы также вносят вклад в развитие рецидивов ЯБ. Для улучшения эффективности терапии и уменьшения затрат на лечение пациентов были введены

клинические рекомендации. В международной практике впервые рекомендации по эрадикации *H. pylori*-инфекции внедрены в 1996 г. В России в практику введены рекомендации по диагностике и лечению пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 2003 г.

Однако остаются факторы, которые способствуют неэффективности терапии ЯБ, что послужило предпосылкой к проведению нашего исследования для составления программ оптимизации терапии ЯБ.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка особенностей ведения больных с ЯБЖ и ЯБДК на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях оказания помощи населению, сравнение ее с клиническими рекомендациями по гастроэнтерологии, по диагностике и лечению ЯБ (2013 г.), Маастрихтскими IV рекомендациями (2010 г.) и анализ преемственности.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено в дизайне простого описательного ретроспективного одномоментного фармакоэпидемиологического исследования. Изучались истории болезни в терапевтических отделениях Волгограда за период с января 2013 по январь 2014 гг., а также медицинские карты амбулаторных больных поликлиник города за тот же период. В исследование включалась вся документация пациентов в возрасте 18—60 лет с установленным диагнозом ЯБЖ и/или

ЯБДК. Статистический анализ проводился с помощью Microsoft Office Excel 2013 г.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За исследуемый период в терапевтических отделениях было пролечено 1053 пациента, из них — у 58 (5,51 %) выставлен диагноз ЯБЖ и/или ЯБДК. Среди этих пациентов у 38 (65,52 %) был выставлен диагноз ЯБДК, у 16 человек (27,59 %) — ЯБЖ, у остальных 4 человек (6,89 %) выявили поражение как желудка, так и двенадцатиперстной кишки. В поликлинике были обработаны медицинские карты 8500 человек. Диагноз язвенная болезнь установлен у 75 человек (0,88 %), из них ЯБДК — у 69 человек (92 %), ЯБЖ — у 5 пациентов (6,67 %), ЯБДК в сочетании с ЯБЖ — у 1 человека (1,33 %). Такое соотношение распространенности заболевания, возможно, обусловлено тем, что в условиях стационара врачи более следуют рекомендациям по терапии ЯБ, достигая стойкой ремиссии у пациентов.

Средний возраст пациентов составил в стационаре (41,38 ± 10,94) лет, в поликлинике — (43,69 ± 9,95) лет. В стационаре мужчин было 49 (84,48 %), женщин — 9 (15,52 %); в поликлинике: мужчин — 49 (65,33 %), женщин — 26 (34,67 %). Длительность заболевания до 5 лет выявлена у 42 человек (72,41 %), у 4 человек (6,9 %) — до 10 лет, более 10 лет назад диагноз поставили 12 пациентам (20,69 %) — пролеченным больным стационара. В поликлинике диагноз ЯБ до 5 лет назад установили у 6 человек (8 %), у 24 человек (32 %) диагноз ЯБ поставили до 10 лет назад, у 45 человек (60 %) — более 10 лет назад. Преобладание в стационаре пациентов с длительностью заболевания до 5 лет, по сравнению с поликлиникой, может быть, обусловлено тем, что в больницы многие пациенты поступали по СМП, с впервые выявленной патологией. На амбулаторном этапе же наблюдались «опытные» пациенты, с зарубцевавшимися язвами.

Согласно клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии, по диагностике и лечению ЯБ для верификации диагноза и контроля терапии кроме клинических, лабораторных данных используют ЭФГДС. Для уточнения диагноза, согласно историям болезни, в 58 случаях (100 %) использовали метод ЭФГДС, в поликлинике — в 74 (98,67 %), 1 пациент отказался (1,33 %). Полученные данные показывают, что данный метод диагностики широко используется в практике врачами, а также отражает информированность специалистов в данном вопросе. В стационаре ЭФГДС контроль назначался 52 пациентам (89,66 %) и 4 пациентам (5,33 %) в поликлинике. Возможно, такие данные обусловлены тем, что чаще врачи ориентируются на отсутствие клинической картины заболевания, стабилизации лабораторных показателей, считая это адекватной мерой для контроля терапии, либо не достаточной осведомленностью врачей об обязательном ЭФГДС-контроле.

Согласно клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии морфологический метод (ММ) считается

«золотым стандартом» диагностики *H. pylori* до назначения эрадикационной терапии (ЭТ), рекомендации по диагностике и лечению ЯБ признают уреазный дыхательный тест (УДТ), эндоскопический (быстрый) уреазный тест (БУТ), определение уровня Ig G, фекального антигена (Анг) *H. pylori*, ММ. В зависимости от выбранной стратегии ведения *H. pylori*-инфекции, Маастрих IV рекомендует перед началом ЭТ использовать БУТ, ММ, УДТ, определение уровня IgG к *H. pylori* и фекального Анг *H. pylori*. В стационаре, согласно историям болезни, исследования на наличие *H. pylori*-инфекции проводилось в 15 случаях (25,86 %), из них в 10 случаях (17,24 %) использовался БУТ, а 5 (8,62 %) — определялся уровень IgG к *H. pylori*. Тесты на *H. pylori*-инфекцию не производились у 43 пациентов (74,14 %). Определение *H. pylori* в поликлинике не производилось у 68 человек (90,67 %), УДТ использовали у 5 человек (6,67 %), УДТ и определение уровня Ig G — у 1 человека (1,33 %), ММ — в 1 случае (1,33 %). Возможно, это обусловлено недостаточной осведомленностью врачей о стандартах диагностики микроорганизма, либо техническими причинами (нерабочий аппарат, отсутствие реактивов). Диагностика на *H. pylori* проводилась в день назначения ЭТ как в стационаре, так и в поликлинике, что соответствует рекомендациям.

Согласно клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии для контроля ЭТ возможно использование любого из вышеуказанных методов, однако предпочтителен УДТ не ранее 4—6 недель после окончания лечения. Рекомендации по диагностике и лечению ЯБ, Маастрихтское соглашение советуют применять УДТ или определение фекального Анг *H. pylori* для контроля инфекции через 4—6 недель (рекомендации) и минимум через 4 недели (Маастрих IV) после ЭТ. После окончания терапии контроль эрадикации в стационаре рекомендовался 12 пациентам (20,69 %) одним из указанных способов: у 8 человек (13,79 %) с диагнозом ЯБДК, в остальных 4 случаях (6,9 %) с диагнозом ЯБЖ. Средний срок рекомендуемого контроля эрадикации — через 5,9 недель, не зависимо от диагноза, что согласуется со всеми рекомендациями. Контроль эрадикации в поликлинике не назначался в 100 %. Эффективность лечения *H. pylori*-инфекции в большинстве случаев в стационаре не проверялась, возможно, потому, что после получения результатов ЭФГДС-контроля врачи считали терапию успешной. В поликлинике отсутствие рекомендаций по контролю эрадикации могло быть обусловлено теми же причинами, а также не достаточной информированностью специалистов.

Согласно клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии, по диагностике и лечению ЯБ фармакотерапию данной патологии делят на эрадикационную и антисекреторную (АТ). Из всех пациентов, пролеченных в стационаре по поводу ЯБ, ЭТ I линии в различных вариантах получали 52 человек (89,66 %): с ЯБЖ — 16 человек (30,77 %), с ЯБДК — 32 пациента (61,54 %), с ЯБЖ, ЯБДК — 4 человека (7,69 %). Препараты I линии в классическом варианте назначались в 50 (96,16 %)

случаях, из них с ЯБЖ — 15 человек (28,85 %), с ЯБДК — 32 пациента (61,54 %), с ЯБЖ, ЯБДК — 3 человека (5,77 %). В 1,92 % случаев пациенту с диагнозом ЯБЖ, при неэффективности комбинации кларитромицина (КЛ) с амоксициллином (АМ), антибиотикотерапия была изменена на комбинацию метронидазола (МТ) и тетрациклина. Данная схема лечения указана в рекомендациях лишь с добавлением препаратов висмута, что не было отмечено в истории болезни, возможно, из-за недостаточной осведомленности врачей, не адекватного снабжения стационаров лекарственными препаратами. Однако 1 пациент с диагнозом ЯБЖ и ЯБДК получал (1,92 %) в составе ЭТ комбинацию амоксиклава и ципрофлоксацина, хотя данная комбинация не указана в рекомендациях. Средняя продолжительность антибиотикотерапии в составе I линии ЭТ составляет (7,57 ± 2,37) дней. Одновременный прием антибактериальных средств (АБ) осуществлялся в 51 случае (98,08 %), в 1 случае (1,92 %) получал последовательную терапию, что соответствует клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии, по диагностике и лечению ЯБ, а также Маастрихтским рекомендациям. Однако последовательный прием антибиотиков, согласно Маастрихтским рекомендациям, следует применять в регионах с высокой резистентностью *H. pylori* к КЛ. Антибиотикограмма не проводилась ни в одном случае у пациентов стационара.

В полном объеме ЭТ I линии в классическом варианте в амбулаторно-поликлинических условиях получало 3 человека (4 %); с добавлением препаратов висмута к I линии принимало 3 человека (4 %). Комбинацию из ингибиторов протонной помпы (ИПП) и де-нола с АМ получали 2 пациента (2,67 %), с КЛ — 1 пациент (1,33 %), комбинация АБ (амоксилав, КЛ) с ИПП — 1 пациент (1,33 %), комбинация АБ (АМ, МТ) с денолом — 1 пациент (1,33 %), комбинацию ИПП с МТ — 1 пациент (1,33 %) в качестве ЭТ. У всех пациентов был установлен диагноз ЯБДК. Данные схемы лечения не соответствуют клиническим и Маастрихтским IV рекомендациям, так как данные за непереносимость АБ пенициллинового ряда либо результатов антибиотикограммы в картах амбулаторных пациентов отмечено не было, что обусловлено, возможно, недостаточной информированностью врачей.

Антибиотикотерапию ЯБ в стационаре получал 1 человек (1,72 %) с диагнозом ЯБЖ после отрицательного теста на *H. pylori*, 5 человек (8,6 %) с диагнозом ЯБДК, 4 (6,9 %) из них тесты на *H. pylori*-инфекцию не проводились; в поликлинике — 22 человека (29,33 %), 4 (6,9 %) проводилось определение микроорганизма (3 человека

с ЯБДК, 1 пациент с ЯБЖ). Остальные пациенты поликлинического звена находились в длительной ремиссии последние 2—3 года, не обращаясь к врачу по поводу ЯБ (табл.). В стационаре АТ могли назначать, имея отрицательные результаты на *H. pylori* из направления поликлиники. На амбулаторном этапе диагностика *H. pylori*-инфекции могла отсутствовать вследствие технических причин, недостаточной осведомленности врачей, которые чаще всего имели специализацию только в терапии (76 % врачей-терапевты, 24 % — гастроэнтерологи).

## Структура назначений АТ ЯБ в стационаре и поликлинике, %

АТ	ЛПУ	Поликлиника
ИПП	16,67	86,36
H2-антагонисты	83,33	9,09
Комбинированная АТ	0	4,55

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования было выявлено, что на стационарном и амбулаторном этапах тактика ведения пациентов различна. Первично амбулаторные пациенты получают помощь не в полном объеме, что может быть причиной развития осложнений, увеличения затрат на ведение больных. Однако диспансерное наблюдение за пациентами после эффективного стационарного лечения позволяет избежать обострений длительное время.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивашкин В. Т.* Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 36 с.
2. *Ивашкин В. Т.* Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни // Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. — М., 2013. — 63 с.
3. *Петров В. И.* Базисные принципы и методология доказательной медицины // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 2. — С. 3—8.
4. *Malferteiner 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 Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: katepervij@rambler.ru