



А. Л. Демидова

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Ефективність лікування хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у Львівській області (ретроспективний аналіз)

Вступ. Епідеміологічні дослідження у багатьох країнах світу свідчать про поступове, але постійне зниження поширеності інфекції *H. pylori* впродовж останніх 15 років. Загальна поширеність *H. pylori* перевищувала 50,0 % серед природних популяцій по всьому світу, але спостерігалися значні відмінності між різними регіонами [6]. Інфекція *H. pylori* поширена головним чином у країнах Латинської Америки (79,40 %), у Португалії (66,20 %), в Ірані (64,20 %), менше – у Північній Америці, Західній Європі (Чехія – 23,50 %; Словаччина – 30,0 %) та Австралії (15,50 %) [5, 7, 9, 12].

Захворюваність на інфекцію *H. pylori* зменшилася в регіонах як із високою, так із низькою поширеністю. Серед населення Західної Європи з 1996 р. захворюваність зменшилася з 36,2 % до 15,2 % у 2011 р., тоді як для населення Північної Африки та Південної Америки цей показник знизився з 71,7 до 40,0 % [7, 8, 11]. Такі явища зумовлені насамперед розумінням суті цього захворювання [10, 11].

Частота рецидивів пептичної виразки дванадцятипалої кишки (ПВДПК) також знизилася, як упродовж року після ерадикації (через реколонізацію *H. pylori*), так і через реінфекцію, з 60,0–100,0 % до 3,0–10,0 % [9, 11].

Таким чином, поширеність інфекції *H. pylori* знижувалася в останні роки. Проте процеси міграції населення нівелюють цю різницю, а зниження темпів поширення *H. pylori* останнім часом сповільнюється [3]. Крім цього, частота невдалої ерадикації різко зросла в багатьох країнах через стійкість до антибіотиків. Лікувати *H. pylori* у клінічній практиці стає щораз важче [11, 12].

В Україні, за матеріалами Центру медичної статистики України, захворюваність на пептичну виразку за той самий період зросла на 38,4 % і не має тенденції до зниження [2], а поширеність ПВДПК досягла 150 випадків на 100 тис. населення. Навіть інтенсив-

не впровадження нових програм лікування, попри їх переваги, суттєво не змінює загальні показники захворюваності та шпиталізації цього контингенту хворих [3].

Мета роботи. З'ясувати ефективність лікування хворих з ПВДПК та потребу в повторному їх лікуванні з часу запровадження Маастрихтських консенсусів.

Матеріал і методи дослідження. Вивчено історії хвороби пацієнтів на ПВДПК (віком від 17 до 72 років, середній вік $43,9 \pm 1,3$ року, з них чоловіків 2191 (63,60 %), жінок 1255 (36,40 %) осіб), що проходили стаціонарне лікування в гастроентерологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні (1996–2006). Аналіз результатів здійснювали за допомогою критерію Стьюдента для залежних вибірок (за нормального розподілу) та критерію Вілкоксона (за розподілу за законом, що відрізняється від нормального). Вірогідними вважали відмінності за рівнем значимості $p < 0,05$. Якісні номінальні ознаки описували абсолютними та відносними частотами.

Результати дослідження та їх обговорення. Здійснено ретроспективний аналіз 3 446 історій хвороб пацієнтів з ПВДПК. Кількість пацієнтів з ПВДПК, що перебували у спеціалізованому стаціонарі, суттєво не зменшувалася впродовж 10 років і складала в середньому 310 осіб за рік (рис. 1).

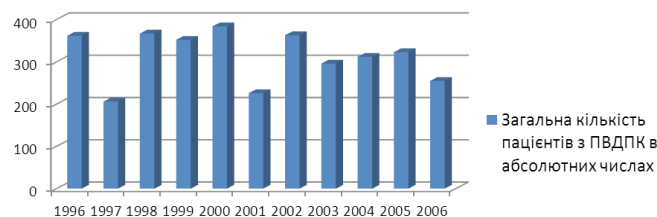


Рис. 1. Кількість пацієнтів з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, що перебували в спеціалізованому стаціонарі з 1996 по 2006 рік.

Приблизно третину хворих 973 (28,24 %) зафіксовано у віковій групі 40–49 років, 594 (17,24 %) хворі мали понад 60 років, а число хворих працездатного віку (17–59 років) становило 2852 (82,76 %) (див. таблицю).

Розподіл хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки за віком (архівні дані, n = 3446)

Вік, років	Чоловіки		Жінки		Разом	
	N	%	N	%	n	%
до 19	101	4,61*	59	4,70*	160	4,64
20–29	284	12,96*	91	7,25*	375	10,88
30–39	473	21,59*	180	14,34*	653	18,95
40–49	621	28,34*	352	28,05*	973	28,24
50–59	419	19,12*	272	21,67*	691	20,05
Понад 60	293	13,37*	301	23,98*	594	17,24
Разом	2191	63,58**	1255	36,42**	3446	100,00

Примітки: * – Відсоток загальної кількості чоловіків та жінок відповідно; ** – відсоток загальної кількості пацієнтів.

До 2000 р. практично кожен п'ятий пацієнт потребував повторного лікування. З 2001 р. кількість хворих, які лікувались повторно, достовірно зростала (рис. 2). Кількість пацієнтів із повторною шпиталізацією впродовж року після попереднього лікування (з 1996 по 2001 рік) достовірно зростає (з 20,72 до 36,28 %; $p < 0,01$). Тоді традиційний лікувальний комплекс являв собою комбінацію блокаторів H₂-гістамінових рецепторів (фамотидин, ранітидин), метронідазолу, колоїдного вісмуту.

Від 2002 р. почали запроваджувати потрійний комплекс, запропонований Маастрихтським консенсусом-2 (2000) (блокатор водневої помпи (БВП)+амоксцилін+кларитроміцин) [1, 3]. У 2002 р. зафіксовано спад повторної шпиталізації, порівняно з 2001 р. (22,87 % проти 36,28 %, $p < 0,05$), що збігається з активним упровадженням макролідних антибіотиків для лікування інфекцій дихальних шляхів (накази МОЗ України № 311 від 30.12.1999 р. та № 499 від 28.10.2003 р. про лікування пневмонії у дорослих) [4]. Із 2003 р. кількість повторної шпиталізації зростала і в 2006 р. становила 38,82 %. Цей факт можна пояснити зростанням кількості пацієнтів зі штамми *H. pylori*, резистентними до антибіотиків.

Частота повторних звернень упродовж року після лікування інфекції *H. pylori* може свідчити про частоту реколонізацій *H. pylori* через безуспішну ерадикацію інфекції [9, 10].

Докладний аналіз повторних звернень за віком виявив, що серед найбільш працездатної частини населення (20–59 років) практично кожен третій пацієнт (33,20 %) звернувся для повторного лікування. Пацієнти віком понад 60 років зверталися повторно упродовж року в 32,50 % випадків. Найнижчі показ-

ники повторних звернень впродовж року зафіксовано у хворих віком до 19 років (6,25 %), найвищі – у хворих віком 40–49 років (41,52 %).

Отже, серед найбільш працездатної частини населення Львівської області практично кожен третій пацієнт з ПВДПК звертався для повторного лікування.

Не виявлено достовірної різниці за гендерним складом серед пацієнтів з ПВДПК, що зверталися для повторного лікування впродовж року.

Таким чином, кількість пацієнтів із повторною шпиталізацією впродовж року після попереднього лікування з 1996 по 2006 рік достовірно зростає (з 20,72 до 36,28 %, $p < 0,01$).

Проаналізовано також відсоток реінфікування у пацієнтів з ПВДПК (див. рис. 2). Реінфекцією вважається зміна *H. pylori*-статусу з негативного на позитивний більш ніж через рік після останнього ефективного лікування [9, 10]. Як бачимо, відсоток повторно інфікованих пацієнтів зріс з 5,80 % у 1996 р. до 24,71 % у 2006 р. ($p < 0,001$). У 90-х роках кількість реінфікованих хворих становила в середньому 8,00 %, проте, починаючи з 2000 р., таких пацієнтів стало втричі більше (в середньому 20,10 %). Імовірно, однією з причин збільшення кількості реінфікованих пацієнтів може бути зростання поширеності інфекції *H. pylori* серед мешканців Львівщини.

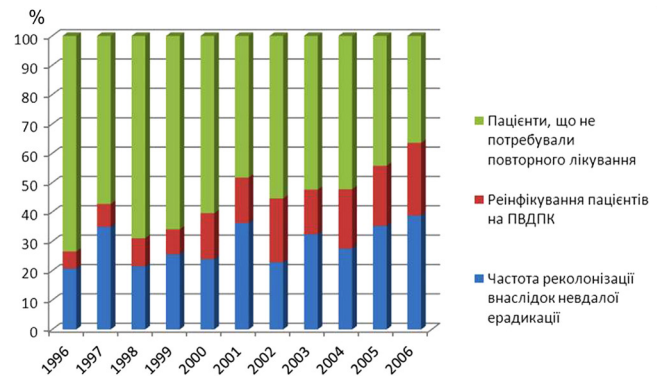


Рис. 2. Необхідність повторного лікування серед пацієнтів з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки.

Аналіз вікового складу пацієнтів показав, що відсоток реінфікувань у осіб віком 60 років і більше зафіксовано в 11,50 % випадків. У віці 20–59 років (найбільш працездатний вік) 16,20 % пацієнтів були повторно інфіковані. Найменшу кількість реінфікувань зафіксовано у групі хворих віком до 19 років (5,62 %). Чоловіки та жінки майже однаково часто зверталися за лікарською допомогою з приводу реінфікування.

Таким чином, виявлено зростання за означений період кількості реінфікованих пацієнтів, відсутність різниці в гендерному та віковому складі хворих. Ці факти можуть свідчити про відсутність зменшення поширеності інфекції *H. pylori* серед соціально активної частини населення Львівської області.

Отже, за період з 1996 по 2006 рік за допомогою зверталися від 206 (у 1997 р.) до 384 (у 2000 р.) хворих на рік (різниця між показниками не достовірна) –

в середньому 310 хворих. Достовірно зростала кількість повторних звернень з приводу хвороби (20,72 % у 1996 р. проти 38,82 % у 2006 р.; $p < 0,01$). Достовірно також зріс відсоток реінфікованих пацієнтів – з 5,80 у 1996 р. до 24,71 у 2006 р. Не зафіксовано різниці в гендерному складі серед реінфікованих хворих і тих, що звернулися повторно через невдалу ерадикацію. Частота реінфекування складала 16,20 % випадків серед пацієнтів працездатного віку. Вдвічі частіше, порівняно з реінфікованими пацієнтами, спостерігалися повторні звернення з приводу реколонізації у найбільш працездатної частини населення Львівської області (33,20 %).

Висновки. За період з 1996 по 2006 рік частота звернень пацієнтів з приводу ПВДПК не зменшилась. Достовірно збільшилася кількість повторних звернень

(реколонізація *H. pylori*) (20,72 % у 1996 р. проти 38,82 % у 2006 р.; $p < 0,01$). Достовірно зріс відсоток реінфікованих пацієнтів – з 5,80 у 1996 р. до 24,71 у 2006 р. Не зафіксовано різниці в гендерному складі серед реінфікованих хворих і пацієнтів з реколонізацією *H. pylori*. У найбільш працездатної частини населення Львівської області кожен третій пацієнт на ПВДПК звертався для повторного лікування впродовж року.

На перспективу заплановано вивчити частоту повторних звернень з 2006 по 2013 рік з метою аналізу ефективності лікування хворих на ПВДПК після впровадження у клінічну практику Маастрихтських консенсусів (2005, 2010).

Список літератури

1. Вдовиченко В. І. Регіональна та індивідуальна резистентність штамів *Helicobacter pylori* до антибіотиків у Львівській області: стан та перспектива / В. І. Вдовиченко, Б. Б. Бодревич, А. Л. Демидова // Крымский терапевтический журнал. – 2010. – Т. 2, № 2. – С. 67–70.
2. Ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної локалізації : діагностична тактика і лікувальні підходи / А. Е. Дорофеев, О. В. Томаш, М. М. Руденко, А. В. Сибільов // Гастроэнтерология : Новости медицины и фармации. – 2013. – № 451. – С. 3–7.
3. Радченко О. М. Досягнення, перспективи та проблеми лікування інфекції *Helicobacter pylori* / О. М. Радченко // Рациональная фармакотерапия. – 2010. – № 2. – С. 50–54.
4. Мостовой Ю. М. Макролиды : известное и малоизвестное / Ю. М. Мостовой, А. В. Демчук // Medicus Amicus. – 2007. – N 8. – С. 29–31.
5. Bastos J. Prevalence, incidence and risk factors for *Helicobacter pylori* infection in a cohort of Portuguese adolescents (EpiTeen) / J. Bastos, B. Peleteiro, H. Pinto [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2013. – Vol. 45. – P. 290–295.
6. Epidemiology and diagnosis of *Helicobacter pylori* infection / A. Tonkic, M. Tonkic, P. Lehours, F. Mégraud // Helicobacter. – 2012. – Vol. 17. – P. 1–8.
7. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection in six Latin American countries (SWOG Trial S0701) / C. Porras, J. Nodora, R. Sexton [et al.] // Cancer Causes Control. – 2013. – Vol. 24. – P. 209–215.
8. Gisbert J. P. *Helicobacter pylori*-related diseases / J. P. Gisbert // Gastroenterol. Hepatol. – 2012. – Vol. 35. – P. 12–25.
9. Kim S. Y. *Helicobacter pylori* recurrence after first- and second-Line eradication therapy in Korea : the problem of recrudescence or reinfection / S. Y. Kim, J. J. Hyun, S. W. Jung [et al.] // Helicobacter. – 2014. – Vol. 19, N 3. – P. 202–206.
10. Megraud F. Antimicrobial resistance and approaches to treatment / F. Megraud // *Helicobacter pylori* in the 21st Century / ed. P. By Sutton, H. Mitchell. – Wallingford, UK : CABI, 2010. – 223 p.
11. Rongli C. *Helicobacter pylori* infection: an overview in 2013, focus on therapy / C. Rongli, Z. Liya // Chinese Med. J. – 2014. – Vol. 127, N 3. – P. 568–573.
12. Sonnenberg A. Review article: historic changes of *Helicobacter pylori*-associated diseases / A. Sonnenberg // Aliment Pharmacol. Ther. – 2013. – Vol. 38. – P. 329–342.

Стаття надійшла до редакції журналу 15 вересня 2014 р.

Ефективність лікування хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у Львівській області (ретроспективний аналіз)

А. Л. Демидова

Проведено ретроспективний аналіз ефективності лікування хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки (ПВДПК) за 10 років від початку впровадження у клінічну практику положень Маастрихтських консенсусів. Виявлено, що частота звернень пацієнтів з приводу ПВДПК не зменшилась. Констатовано достовірне збільшення частоти повторних звернень через невдалу ерадикацію (20,72 % у 1996 р. проти 38,82 % у 2006 р., $p < 0,01$) та зростання відсотка реінфікованих пацієнтів – з 5,80 у 1996 р. до 24,71 у 2006 р. Не зафіксовано різниці в гендерному складі реінфікованих хворих і тих, що звернулися повторно. Серед найбільш працездатної частини населення (віком від 20 до 50 років) Львівської області кожен третій пацієнт з ПВДПК звертався для повторного лікування впродовж року.

Ключові слова: *Helicobacter pylori*, пептична виразка, ерадикація.

The Effectiveness of Treatment of the Duodenum Peptic Ulcer in the Lviv Region (Retrospective Analysis)

A. Demydova

The article represents the results of retrospective analysis of treatment efficiency in patients with duodenal peptic ulcer (DPU) for the period of 10 years since the implementation of Maastricht consensus statements into the clinical practice. It was showed that the re-hospitalisation frequency among patients with DPU did not change. The frequency of repeated referrals due to the unsuccessful eradication in this category of patients increased significantly (20,72 % in 1996 vs. 38,82 % in 2006; $p < 0,01$) as well as the percentage of the reinfected patients (5,80 % in 1996 vs. 24,71 % in 2006). No difference was noticed in gender composition between reinfected patients and the patients who requested the treatment repeatedly after after the unsuccessful eradication. In the most working capable part of the Lviv region population every third patient with DPU requested the repeated treatment during a year.

Keywords: *Helicobacter pylori*, peptic ulcer, eradication.