

Фармакоэпидемиология язвенной болезни в Смоленске: 15 лет спустя

Дехнич Н.Н.^{1,2}, Трушин И.В.², Прищепова Е.А.³, Клочкова В.А.¹, Дадашова Б.М.¹

¹ ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск, Россия

² НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск, Россия

³ ОГБУЗ «Рославльская центральная районная больница», Рославль, Россия

Контактный адрес:

Наталья Николаевна Дехнич
Эл. почта: n.dekhnich@mail.ru

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, язвенная болезнь, лечение.

Цель. Изучить практику ведения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторно-поликлинических условиях по данным амбулаторных карт и оценить методы диагностики *H. pylori* и динамику назначений в сравнении с 2004–2005 гг.

Материалы и методы. Было проанализировано 100 амбулаторных карт пациентов старше 18 лет, обратившихся в поликлинику по поводу эпизода язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки с 2015 по 2018 г. Полученные результаты сравнивались с данными ретроспективного фармакоэпидемиологического исследования «Ulcer», проведенного в 2004–2005 гг. в г. Смоленске.

Результаты. Первичная диагностика *H. pylori* у пациентов с язвенной болезнью за последние 15 лет стала проводиться несколько чаще (18% в 2015–2018 гг.; 4,5% в 2004–2005 гг.). Адекватная антигеликобактерная терапия была назначена 31% пациентов, в то время как в 2004–2005 гг. – 11% больных ($p < 0,01$). Случаев назначений препаратов с недоказанной клинической эффективностью, таких как витамины, алоэ, картофельный сок, метилурацил, рибоксин и др., выявлено не было; в 2004–2005 гг. данные препараты применялись у 56,5% пациентов. Доля назначений ингибиторов протонной помпы увеличилась с 49,2% до 91%, препаратов висмута – с 7% до 26%. Существенно снизилась частота использования антацидов – с 60% до 10%. Доля назначений кларитромицина выросла с 7,7% до 44%. Число назначений метронидазола сократилось с 40,6% до 15%. За последние 15 лет контроль эффективности эрадикации *H. pylori* стал осуществляться чаще (11% в 2015–2018 гг.; 1% в 2004–2005 гг.).

Выводы. Наблюдается улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам с язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях. Тем не менее отмечается частое несоблюдение существующих стандартов диагностики *H. pylori* и терапии язвенной болезни, что требует проведения дополнительных организационных и образовательных мероприятий.

Original Article

Pharmacoepidemiology of peptic ulcer in Smolensk: 15 years later

Dekhnich N.N.^{1,2}, Trushin I.V.², Prishchepova E.A.³, Klochkova V.A.¹, Dadashova B.M.¹

¹Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

²Institute of Antimicrobial Chemotherapy, Smolensk, Russia

³Roslavl Central District Hospital, Roslavl, Russia

Contacts:

Natalya N. Dekhnich
E-mail: n.dekhnich@mail.ru

Key words: *Helicobacter pylori*, peptic ulcer, treatment.

Objective. To study management of patients with peptic ulcer based on outpatient card data and to evaluate changes in methods for diagnosis of *H. pylori* and treatment prescriptions compared with 2004–2005.

Materials and methods. A total of 100 outpatient cards of patients aged 18 years and older who came to outpatient clinic visit for peptic ulcer over the period of 2015–2018 were analyzed. The results of this study were compared with the data from the pharmacoepidemiological study «Ulcer», which was performed in 2004–2005 in Smolensk.

Results. The primary diagnosis of *H. pylori* in patients with peptic ulcer has been carried out more often over the past 15 years (18% in 2015–2018 vs 4.5% in 2004–2005). Appropriate anti-*H. pylori* therapy was prescribed in 31% of patients compared to 11% of patients in 2004–2005 ($p < 0.01$). There were no cases of prescribing drugs with unproven clinical efficacy, such as vitamins, aloe, potato juice, methyluracil, riboxin, etc. In 2004–2005, these drugs were administered to 56.5% of patients. The proportion of proton pump inhibitors and bismuth preparations use increased from 49.2% to 91% and from 7% to 26%, respectively. The incidence of antacid use significantly decreased from 60% to 10%. The proportion of clarithromycin prescriptions increased from 7.7% to 44%, but that of metronidazole prescriptions decreased from 40.6% to 15%. Over the past 15 years, confirmation of *H. pylori* eradication was performed more often (11% in 2015–2018 vs 1% in 2004–2005).

Conclusions. There was an improvement in quality of medical care for patients with peptic ulcer. However, a high frequency of non-compliance with the standards for the diagnosis of *H. pylori* and peptic ulcer therapy was noted, which warrants additional organizational and educational measures.

Дехнич Н.Н. и соавт.

Введение

Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, ведущим проявлением которого служит образование язвенного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Установлено, что 80–99% язв двенадцатиперстной кишки и 60% язв желудка оказываются ассоциированными с *Helicobacter pylori* [1]. Инфицирование *H. pylori* у предрасположенных лиц под влиянием курения, злоупотребления алкоголем, психоэмоциональных стрессов, а также при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов приводит к формированию язв [2–4]. Геликобактерный гастрит рассматривается как наиболее важный фактор риска развития язвенной болезни и ее осложнений [5].

По отчетам Федеральной службы государственной статистики, в последние годы в России по-прежнему сохраняется высокая заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Количество обращений по поводу данного заболевания в 2016 г. насчитывало 848,3 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость впервые выявленной язвенной болезнью в 2016 г. составила 83,5 случаев на 100 тыс. населения [6].

Подобная статистика вызывает тревогу и требует привлечения широкого внимания медицинской общественности к проблемам своевременной диагностики и лечения инфекции *H. pylori*. Однако, несмотря на наличие национальных рекомендаций, в клинической практике ведения больных, инфицированных *H. pylori*, регулярно выявляются отклонения от имеющихся стандартов [7]. Именно поэтому становится актуальным изучение современных особенностей фармакотерапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослых пациентов в амбулаторных условиях. Предшествующее многоцентровое фармакоэпидемиологическое исследование, проведенное в различных регионах России в 2004–2005 гг., продемонстрировало, что рациональная антигеликобактерная терапия у больных язвенной болезнью была назначена только 18% из 1398 пациентов. В то же время диагностика *H. pylori* до проведения эрадикации проводилась 22,5% больных, контроль эффективности эрадикации осуществлялся лишь у 6,7% пациентов, а используемые методы диагностики в большинстве случаев были неадекватными [8].

Цель работы – изучить практику ведения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в период с 2015 по 2018 г. в амбулаторно-поликлинических условиях по результатам фармакоэпидемиологического анализа амбулаторных карт и оценить динамику назначений и методы диагностики инфекции *H. pylori* в сравнении с 2004–2005 гг.

Материалы и методы

В исследование включались амбулаторные карты пациентов старше 18 лет, обратившихся в поликлинику по поводу эпизода язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки в период с 1 января 2015 г. по 31 января 2018 г. На каждый случай заболе-

вания заполнялась специально разработанная индивидуальная регистрационная карта (ИРК). Амбулаторные карты, соответствующие критериям включения, отбирались в хронологической последовательности на основании даты обращения за медицинской помощью, указанной в Журнале регистрации обращений за медицинской помощью и/или Статистических картах учета обращений.

В ИРК указывались инициалы пациента, демографические данные, основное заболевание и его осложнения, сопутствующие заболевания, назначавшиеся лекарственные средства (МНН или торговое название препарата, режим его применения, длительность лечения). В соответствующих разделах отмечалось наличие в анамнезе у пациента аллергических реакций, появление нежелательных реакций на фоне терапии, а также исход амбулаторного лечения. В случае последующей госпитализации по поводу язвенной болезни и ее осложнений в ИРК регистрировался только амбулаторный этап лечения, и указывалась причина госпитализации. Протокол исследования был одобрен Независимым этическим комитетом при ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России (№203 от 11.05.2017 г.).

Выбор поликлиник производился на основании пронумерованного списка всех взрослых городских поликлиник с использованием таблицы случайных чисел. Данные, внесенные в ИРК, вводились в электронную базу данных OpenClinica 3.6 Community Edition, при этом использовался метод двойного ввода данных. Лекарственные средства кодировались в соответствии с АТХ (анатомо-терапевтически-химической) классификацией. Статистическая обработка данных проводилась с помощью языка статистического анализа R v.3.5.1. Описательная статистика выполнялась для всех анализируемых показателей в зависимости от типа переменной (непрерывные, категориальные). Для описания непрерывных переменных использовались минимальное, максимальное, среднее арифметическое значения, стандартное отклонение, медиана. Для описания категориальных переменных использовались абсолютная (n) и относительная (%) частоты. Сравнительный анализ категориальных переменных проводился с помощью точного двустороннего критерия Фишера.

Результаты

Общие и демографические данные. В ходе проведенной работы были проанализированы 100 амбулаторных карт. В исследование были включены пациенты с язвенной болезнью в возрасте от 19 до 85 лет. Средний возраст составил $47,28 \pm 15,04$ лет, медиана возраста – 50 (36,5; 57) лет. Среди исследуемых больных 52 – пациенты мужского (52%), 48 – женского пола (48%). Средняя продолжительность заболевания до настоящего эпизода язвенной болезни составила $44,4 \pm 74,13$ месяцев (3 года 7 месяцев). В 80% всех изученных случаев язва была локализована в двенадцатиперстной кишке, в 19% – в желудке, в 1 (1%) случае имела

место двойная локализация язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке.

У 51% включенных в исследование пациентов встречалась сопутствующая патология, при этом наиболее часто отмечались артериальная гипертензия (31,1%, $n = 16$), ишемическая болезнь сердца (14%, $n = 7$) и хронический холецистит (14%, $n = 7$). В качестве фоновой патологии хронический гастрит был указан у 32% больных.

Лечащими врачами в 96% случаев были участковые терапевты. Остальные 4% пациентов получали лечение у гастроэнтеролога.

Первичная диагностика *H. pylori*. Данное исследование показало, что диагностика *H. pylori* до назначения эрадикационной терапии была проведена у 18% пациентов, при этом наиболее часто использовались инвазивные методы обнаружения возбудителя, требующие эзофагогастродуоденоскопии для получения биоптатов. Гистологическая верификация *H. pylori* в биопсийном материале слизистой оболочки желудка проводилась у 17% пациентов. Неинвазивный тест определения антигена *H. pylori* в кале до начала терапии был назначен 1 больному.

Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Оценка антигеликобактерной терапии осуществлялась в соответствии с рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по диагностике и лечению язвенной болезни [9]. Для оценки качества выбора antimicrobных препаратов (АМП) в составе эрадикационной терапии использовалась классификация Kunin С.М. [10], согласно которой назначения АМП оценивались по категориям (Таблица 1).

Таблица 1. Категории качества назначения АМП

Адекватная терапия

Полностью адекватная терапия – правильный выбор препарата, дозы, режима и длительности применения. Вероятно адекватная терапия.

Неадекватная терапия

Есть более дешевая или менее токсичная альтернатива. Неадекватный режим применения. Полностью неадекватный выбор терапии.

Анализ результатов ретроспективного фармакоэпидемиологического исследования показал, что эрадикационная терапия язвенной болезни, соответствующая рекомендациям РГА и адекватному выбору АМП (I–II категории), была назначена 31% пациентов. В 67% случаев терапия не соответствовала современным рекомендациям. У 2 пациентов лечение по поводу обострения язвенной болезни не назначалось (Рисунок 1).

Среди указанных схем адекватной терапии преимущественно упоминалась стандартная тройная терапия, состоящая из ингибитора протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе 2 р/сут, кларитромицина в дозе 500 мг 2 р/сут, амоксициллина в дозе 1000 мг 2 р/сут или метронидазола в дозе 500 мг 2 р/сут, в том числе в комбинации с препаратом висмута в дозе 240 мг 2 р/сут, а также сочетанная терапия. Доля адекватных назначений составила 31% от общего числа, что является относительно неудовлетворительным показателем. В 18/31 (58%) случаев адекватных назначений рекомендуемая продолжительность терапии составила 7 дней (Таблица 2).

При адекватном выборе АМП не всегда верно выбирался антисекреторный препарат. У 4 пациентов лечение проводилось с использованием не ИПП, а висмута трикалия дицитрата в комбинации с кларитромицином и амоксициллином в течение 10 дней. Данный вариант терапии был расценен как неадекватный (Рисунок 2).



Рисунок 1. Назначения антигеликобактерной терапии у пациентов с язвенной болезнью по данным анализа амбулаторных карт ($n = 100$)

Таблица 2. Адекватная терапия первой линии (I–II категория выбора АМП по Kunin С.М.)

Схема терапии	Продолжительность терапии				Число случаев n
	7 дней	10 дней	14 дней	Не указана	
ИПП + кларитромицин + амоксициллин	9	6	2	2	19
ИПП + кларитромицин + амоксициллин + висмута трикалия дицитрат	6	1	–	–	7
ИПП + кларитромицин + метронидазол	1	2	–	–	3
ИПП + кларитромицин + метронидазол + висмута трикалия дицитрат	1	–	–	–	1
ИПП + кларитромицин + амоксициллин + метронидазол	1	–	–	–	1
Итого:					31

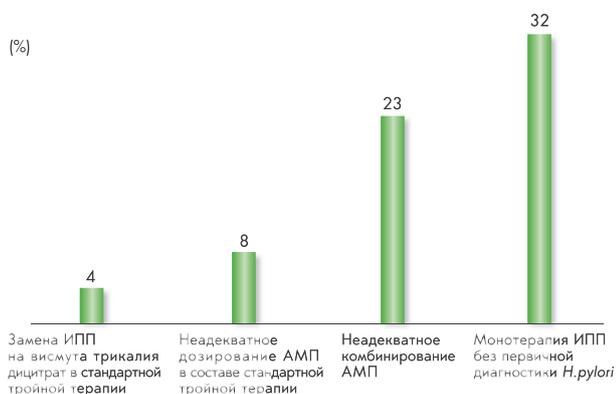


Рисунок 2. Неадекватные назначения у пациентов с язвенной болезнью (n = 67)

Неадекватная терапия IV категории при выборе АМП была отмечена у 16% пациентов. Из неадекватных назначений стандартной тройной терапии в 8% случаев не соблюдался режим дозирования препаратов (Рисунок 2). Так, амоксициллин назначался по 500 мг 3 р/сут в 6% случаев, по 500 мг 2 р/сут – в 5%, по 500 мг 1 р/сут – в 1%. Кларитромицин по 250 мг 2 р/сут был указан в 1% случаев, метронидазол по 250 мг 2 р/сут – в 1%, левофлоксацин 2 по 500 мг 1 р/сут – в 1%.

Неадекватная терапия V категории была выявлена у 23% пациентов (Рисунок 2), при этом неправильно были выбраны комбинации АМП (Таблица 3). Подобные назначения не приводят к уровню эрадикации *H. pylori* > 85%, поэтому не рекомендуются для терапии инфекции, вызванной данным возбудителем.

Монотерапия ИПП в лечении обострения язвенной болезни, а также в стадии ремиссии на фоне хронического гастрита применялась у 25% больных. ИПП в комбинации с препаратом висмута, ребамипидом или антацидами назначались 9% пациентов. Таким образом, 34% больных получали антисекреторную монотерапию. Из них в 23% случаев врачи указали на обострение язвенной болезни. Первичная диагностика *H. pylori* у пациентов, получавших только антисекреторную терапию, была проведена в 2 случаях. В остальных 32 случаях антисекреторные препараты

назначались без подтверждения наличия или отсутствия инфекции *H. pylori* (Рисунок 2).

Среди всех групп лекарственных препаратов наиболее часто использовались ИПП – у 91% пациентов. Омепразол применялся в 59% случаев, пантопразол – в 20%, реже – эзомепразол (11%) и рабепразол (1%). Амоксициллин и кларитромицин назначались примерно с одинаковой частотой – 45% и 44% соответственно. Препараты висмута были назначены 26% пациентов. Метронидазол был указан в 15% проанализированных амбулаторных карт. Антациды дополнительно применялись у 10% больных (Рисунок 3). Назначений препаратов с недоказанной клинической эффективностью в рамках данного исследования выявлено не было.

Исход лечения и контроль эффективности эрадикации *H. pylori*. Согласно имеющимся данным об исходах амбулаторного лечения язвенной болезни (n = 89), 10% (n = 9) пациентов были госпитализированы. У 42% (n = 37) больных по результатам гастроскопии язва зарубцевалась, у 70% (n = 62) отмечалась клиническая ремиссия. В 7% (n = 6) случаев изменений после проводимой терапии не наблюдалось. По поводу настоящего заболевания было госпитализировано 8% (n = 7)

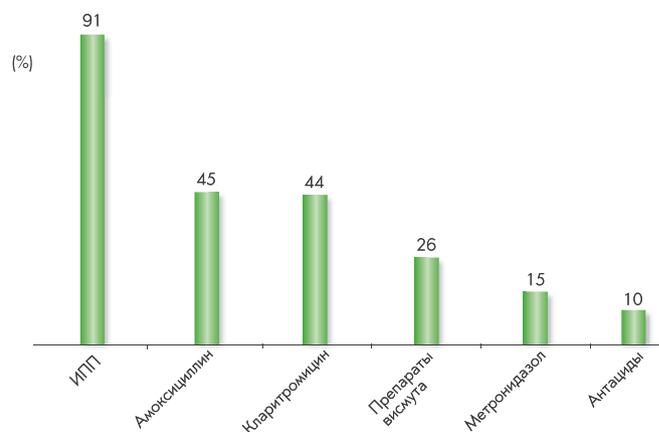


Рисунок 3. Частота назначения различных групп лекарственных препаратов по данным анализа амбулаторных карт 2015–2018 гг. (n = 100)

Таблица 3. Неадекватная терапия первой линии (V категория выбора антимикробных препаратов по Kunin С.М.)

Схема терапии	Продолжительность терапии				Число случаев n
	7 дней	10 дней	14 дней	Не указана	
ИПП + метронидазол + амоксициллин	3	4	–	–	7
ИПП + метронидазол + амоксициллин + висмута трикалия дицитрат	2	2	1	–	5
ИПП + кларитромицин	5	1	–	–	6
ИПП + амоксициллин + висмута трикалия дицитрат	1	1	–	1	3
ИПП + метронидазол	1	–	1	–	2
Итого:					23

пациентов. Основными причинами госпитализации выступали желудочно-кишечное кровотечение (7%, $n = 6$) и перфорация (1%, $n = 1$).

Контроль эффективности антигеликобактерной терапии осуществлялся у 11% пациентов ($n = 11$). Инвазивные методики использовались в большинстве случаев: гистологический метод был указан у 7 больных, быстрый уреазный тест – у 1. Неинвазивные методы с определением антигена *H. pylori* в кале применялись у 3 пациентов. Контроль проводился в сроки от 1 до 5 месяцев после завершения лечения. Средний срок выполнения контроля эффективности антигеликобактерной терапии составил $2,75 \pm 1,71$ месяцев.

Сравнение результатов фармакоэпидемиологических исследований 2015–2018 гг. и 2004–2005 гг.

В ходе ретроспективного фармакоэпидемиологического исследования «Фармакотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослых пациентов в амбулаторной практике», проведенного в 2004–2005 гг. в Смоленске, было изучено 200 амбулаторных карт пациентов. Первичная диагностика *H. pylori* с использованием гистологического метода была проведена у 4,5% ($n = 9$) больных. Адекватная антигеликобактерная терапия, соответствующая клиническим рекомендациям, была назначена 11% ($n = 22$) пациентов. Схему ИПП + кларитромицин + амоксициллин в адекватном режиме применения указали 5% врачей ($n = 10$), ИПП + кларитромицин + метронидазол – 5% врачей ($n = 10$), ИПП + метронидазол + тетрациклин + висмута трикалия дигидрат – 1% врачей ($n = 2$). Было выявлено, что к рациональной терапии необоснованно добавляли H_2 -блокаторы ($n = 5$) и препараты с недоказанной клинической эффективностью ($n = 5$). В общей сложности препараты с недоказанной клинической эффективностью получали 113 пациентов, что составило 56,5% назначений. К данной группе были отнесены: облепиховое масло, ромашка, картофельный сок, актовегин, солкосерил, алоэ, витамины, рибоксин, метилурацил. В ходе наблюдения и лечения было госпитализировано 11,5% пациентов ($n = 23$),

из них 9% ($n = 18$) – по причине неэффективности проводимой терапии, а 2,5% ($n = 5$) – по поводу осложнений в виде желудочно-кишечного кровотечения, перфорации и стеноза привратника. Контроль эффективности эрадикации *H. pylori* на амбулаторном этапе наблюдения был осуществлен с использованием гистологического метода у 1% пациентов ($n = 2$) через 5 недель после завершения эрадикационной терапии.

Сравнивая результаты проведенного нами анализа с данными аналогичного исследования 2004–2005 гг., следует обратить внимание на статистически значимое увеличение числа пациентов, которым была проведена первичная диагностика инфекции *H. pylori*, – 18% в 2015–2018 гг. и 4,5% в 2004–2005 гг. ($p < 0,01$).

За анализируемый нами период адекватная антигеликобактерная терапия назначалась в 3 раза чаще, чем 15 лет назад: частота адекватных назначений в 2015–2018 гг. составила 31% ($n = 31$), в то время как в 2004–2005 гг. – 11% ($n = 22$; $p < 0,01$). В то же время доля госпитализаций по поводу язвенной болезни существенно не изменилась: в 2015–2018 гг. было госпитализировано 8% пациентов, в 2004–2005 гг. – 11,5% ($p > 0,05$). Тем не менее отмечена положительная динамика в выборе терапии язвенной болезни. В данном исследовании не было выявлено случаев назначений препаратов с недоказанной клинической эффективностью, в то время как 15 лет назад эти препараты применялись более чем у половины пациентов (56,5%). Кроме того, чаще стали использоваться ИПП (91% в 2015–2018 гг. в сравнении с 49,2% в 2004–2005 гг.) и препараты висмута (26% в 2015–2018 гг. в сравнении с 7% в 2004–2005 гг.). За последние годы не было выявлено назначений H_2 -блокаторов, при этом в 2004–2005 гг. их применяли в 43,7% случаев для лечения язвенной болезни. Существенно снизилась частота назначения антацидов – с 60% в 2004–2005 гг. до 10% в 2015–2018 гг. В свою очередь, в выборе АМП также наметились положительные тенденции. Доля назначений кларитромицина выросла с 7,7% в 2004–2005 гг. до 44% в

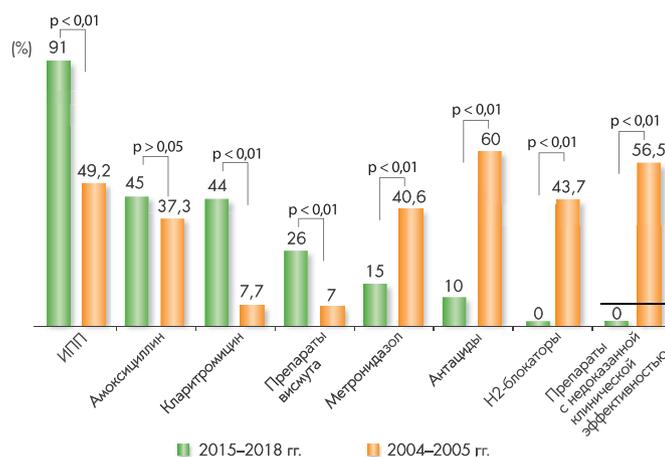


Рисунок 4. Сравнение частоты назначений различных групп лекарственных препаратов по поводу язвенной болезни в 2015–2018 гг. и 2004–2005 гг.

2015–2018 гг. Однако данный показатель по-прежнему остается низким. Доля назначений метронидазола сократилась с 40,6% до 15%, что было обосновано ростом числа резистентных штаммов *H. pylori* к метронидазолу в период 2000–2005 гг. (Рисунок 4).

Результаты работы показали, что за последние 15 лет контроль эффективности эрадикации *H. pylori* стал осуществляться чаще (11% в 2015–2018 гг. и 1% в 2004–2005 гг., $p < 0,01$). Однако использование гистологического метода и быстрого уреазного теста может сопровождаться получением ложноотрицательных результатов, что требует проведения неинвазивных методов контроля, в настоящее время недоступных в амбулаторно-поликлинических условиях. Тем не менее наметились положительные тенденции в использовании неинвазивных методов контроля эффективности антигеликобактерной терапии – пока у небольшого числа пациентов ($n = 3$).

Обсуждение и выводы

Проведенный нами анализ показал, что первичная диагностика *H. pylori* и контроль эффективности антигеликобактерного лечения стали проводиться несколько чаще, чем 15 лет назад. Однако следует отметить, что 82% включенных в исследование пациентов до назначения эрадикационной терапии не имели информации о геликобактерном статусе. Тем не менее 42% больных были назначены АМП в комбинации с антисекреторными препаратами.

Согласно рекомендациям РГА по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у взрослых и V Маастрихтского консенсуса, контроль эффективности антигеликобактерной терапии должен быть проведен с помощью уреазного дыхательного теста с мочевиной, меченной ^{13}C , или, если он недоступен, обнаружения антигена *H. pylori* в кале. В случае если есть клинические показания на проведение эзофагогастродуоденоскопии, то для контроля эрадикации *H. pylori* необходимо взять несколько биоптатов из тела и антрального отдела желудка. Для

повышения вероятности обнаружения *H. pylori* в слизистой оболочке желудка рекомендуется комбинировать различные инвазивные методы обнаружения возбудителя [11, 12].

По результатам данного исследования, контроль антигеликобактерной терапии осуществлялся лишь у 11% пациентов: у подавляющего числа больных врач не мог оценить эффективность проведенной терапии и тем более определиться с дальнейшей тактикой ведения пациента, при этом использовались в основном инвазивные методы диагностики *H. pylori*. Наиболее чувствительные неинвазивные методики проводились у очень небольшого числа пациентов, что объяснялось недоступностью данных методов диагностики в амбулаторно-поликлинической практике.

Было выявлено, что и первичная диагностика *H. pylori*, и контроль над эрадикацией инфекции *H. pylori* стали проводиться чаще, однако недостаточно в количественном и неадекватно в качественном отношении, что затрудняет тактику ведения пациентов и не позволяет эффективно лечить *H. pylori*-ассоциированную язвенную болезнь.

При оценке выбора эрадикационной терапии на предмет соответствия рекомендациям РГА было установлено, что лишь 31% пациентов получали адекватную терапию. В 67% случаев антигеликобактерная терапия не соответствовала современным стандартам, а в 2% лечение не назначалось. Показатель адекватно назначенной антигеликобактерной терапии существенно вырос в сравнении с 2004–2005 гг., однако по-прежнему остается невысоким. Особую тревогу вызывает тот факт, что врачи стали назначать антибиотики в комбинации с антисекреторными препаратами без подтверждения наличия *H. pylori* у пациента, нарушая принципы рациональной антибиотикотерапии.

Таким образом, несмотря на многочисленные публикации, доклады на конференциях и симпозиумах, реальная клиническая практика диагностики *H. pylori* и терапии язвенной болезни, ассоциированной с данным возбудителем, по-прежнему отклоняется от существующих стандартов.

Литература

1. Cryer B., Spechler S.J. Peptic ulcer disease. In: Felman M., Friedman L.S., Brandt L.J., editors. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 8th Ed. Philadelphia: Saunders; 2006. pp. 1089-1110.
2. Raiha I., Kempainen H., Kaprio J., et al. Lifestyle, stress, and genes in peptic ulcer disease: a Nationwide Twin Cohort Study. Arch Intern Med. 1998;158:698-704. DOI: 10.1001/archinte.158.7.698
3. Henriksson A.E., Edman A.C., Nilsson I., Bergquist D., Wadstrom T. *Helicobacter pylori* and the relation to other risk factors in patients with acute bleeding peptic ulcer. Scand J Gastroenterol. 1998;33:1030-1033. DOI: 10.1080/003655298750026705
4. Maev I.V., Samsonov A.A. Duodenal ulcer: various approaches to modern conservative therapy. Consilium medicum. 2004;1:6-11. Russian. (Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии. Consilium medicum. 2004;1:6-11.)
5. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., Graham D.Y., et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. Gut. 2015;64:1-15. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309252
6. Healthcare in Russia. 2017. Stat. digest/Rosstat. M. 2017; 170 p. Available at: www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf. Russian. (Здравоохранение в России. 2017. Стат. сб./Росстат. М. 2017; 170 с. Доступно по адресу: www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf.)
7. Bordin D.S., Janova O.B., Abdulhakov R.A., et al. European *Helicobacter pylori* register (Hp-EuReg protocol): first results of Russian centers. Dokazatel'naja gastrojenterologija. 2016;5(1):9-

15. Russian. (Бордин Д.С., Янова О.Б., Абдулхаков Р.А. и соавт. Европейский регистр *Helicobacter pylori* (протокол Hp-EuReg): первые результаты Российских центров. Доказательная гастроэнтерология. 2016;5(1):9-15.)
8. Ivashkin V.T., Stratchounski L.S., Lapina T.L., et al. The real practice of managing patients with peptic ulcer of the stomach and duodenum in Russia: the results of a multicenter pharmacoepidemiological study. *Rossiiskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2005;6:16-21. Russian. (Ивашкин В.Т., Страчунский Л.С., Лапина Т.Л. и соавт. Реальная практика ведения пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в России: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2005;6:16-21.)
9. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Maev I.V., et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for diagnosis and treatment of peptic ulcer. *Rossiiskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2016;26(6):40-54. Russian. (Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26(6):40-54.)
10. Kunin C.M., Tupasi T., Craig W.A. Use of antibiotics. A brief exposition on the problem and some tentative solutions. *Ann Intern Med*. 1973;79:555-560. DOI: 10.7326/0003-4819-79-4-555
11. Ivashkin V.T., Maev I.V., Lapina T.L., Sheptulin A.A. and the expert committee. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults. *Rossiiskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2012;22(1):87-89. Russian. (Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. и комитет экспертов. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2012;22(1):87-89.)
12. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – Maastricht V/Florence consensus report. *Gut*. 2017;66(1):6-30. DOI: 10.1136/gutjnl-2016-312288