

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРОВОТОЧАЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

А.И. Могила¹, А.В. Сидоренко², А.В. Романов³,
И.С. Смигельский⁴, Н.С. Романенков⁵,
А.А. Смирнов⁶, Ал. Ал. Смирнов⁶

¹Украинская военно-медицинская академия, aimogila@yandex.ru

²Госпиталь ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

³МУЗ «Всеволожская центральная районная больница»

⁴МСЧ№122 г. Санкт-Петербурга

⁵Кафедра им. Н.Д. Монастырского Санкт-Петербургской медицинской академии
последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и
социальному развитию

⁶МУЗ «Выборгская городская больница»

Цель исследования состояла в оценке эффективности 10-ти и 14-ти дневных схем эрадикационной терапии (согласно протоколу 3-го Маастрихтского соглашения, 2005 г.) у больных кровоточащей дуоденальной язвой. Обследованы 104 больных (78 мужчин и 26 женщин). Контроль *Helicobacter pylori* осуществлялся методом дыхательного теста. Повторное исследование на наличие хеликобактериоза проводилось через 4 недели после завершения лечения. Эффективность эрадикационной терапии в течение 14 дней лечения была достоверно выше на 12 % по отношению к 10 дневному курсу и составила 95 %.

Ключевые слова: язвенная болезнь, язва двенадцатиперстной кишки, кровотечение, *Helicobacter pylori*, эрадикация.

COMPARATIVE EFFICIENCY OF SCHEMES HELICOBACTER PYLORI OF THERAPY AT TREATMENT SICK OF THE BLEEDING DUODENAL ULCER

A.I. Mogila¹, A.V. Sidorenko², A.V. Romanov³, I.S. Smigel'sky⁴,
N.S. Romanenkov⁵, A.A. Smirnov⁶, Al.Al. Smirnov⁶

¹Ukraine army medical college, aimogila@yandex.ru

²Hospital the Municipal Department of Internal Affairs across
St.-Petersburg and Leningrad region

³Vsevolozhsk central regional hospital

⁴MCCH№122 St.-Petersburg

⁵St.-Petersburg medical academy of federal agency
on public health services and social development

⁶Vyborg city hospital

The research objective was to evaluate the efficiency of 10 and 14-day-long eradication therapy regimen (according to the protocol of 3d Maastricht agreement, 2005) of patients with bleeding duodenal ulcer. There were examined 104 patients (78 males and 26 females).

Helicobacter pylori presence control conducted with breath test. Occasional assay for Helicobacter pylori presence was conducted 4 weeks after treatment finish. Eradicative therapy efficiency during 14 days was 95% which was 12% higher (statistically significant) than 10-days-long eradication therapy.

Key words: peptic ulcer, duodenum ulcer, bleeding, Helicobacter pylori, eradication.

Введение

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки относится к наиболее распространенным заболеваниям среди патологии желудочно-кишечного тракта и представляет серьезную медико-социальную проблему [1]. В разное время у одного и того же больного язвы могут быть неосложненными и осложненными, протекающими с типичными клиническими проявлениями заболевания и атипично [2]. Осложненные формы заболевания констатируются в 26—42 % наблюдений [3]. Среди всех острых осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки наиболее часто диагностируется язвенное кровотечение — 16–30 % [4]. Несмотря на несомненные успехи в развитии гастроэнтерологии, частота развития кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки не снижается, а даже имеет тен-

денцию к увеличению [5-6]. В частности, за последние 10-20 лет в Санкт-Петербурге количество пациентов, у которых язвенная болезнь осложнилась кровотечением, увеличилось в 2,3 раза [7], в г. Казани число больных с осложненными формами язвенной болезни за тот же период возросло в 2 раза [8].

Цель исследования

Согласно принятым в настоящее время представлениям о причинах развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, и в частности, осложнения ее кровотечением, главенствующая роль среди этиологических факторов принадлежит *Helicobacter pylori* [9]. В связи с этим целью данного исследования состояла в сравнении эффективности эрадикационной терапии препаратами согласно стандарту при ее проведении в течение 10 и 14 дней.

Таблица 1

Распределение больных, проходивших лечение в ЛПУ Ленинградской области по поводу кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки, с учетом возраста и пола

Возраст пациентов	Число больных, человек (%)	
	мужчины	женщины
до 20 лет	2 (2,6)	1 (3,8)
от 21 до 30 лет	21 (26,9)	5 (19,2)
от 31 до 40 лет	21 (26,9)	9 (34,6)
от 41 до 50 лет	18 (23,0)	6 (23,2)
от 51 до 60 лет	12 (15,5)	4 (15,4)
более 60 лет	4 (5,1)	1 (3,8)
Всего с учетом пола	78 (75,0)	26 (25,0)
Всего пациентов	104 (100)	

Материалы и методы исследования

Группу исследования составили 104 пациента, госпитализированных в хирургические отделения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Ленинградской области, у которых язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки осложнилась кровотечением. Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в табл. 1.

В целом соотношение мужчин и женщин, больных кровоточащей дуоденальной язвой, составило 4:1, что практически аналогично соотношению людей по половому признаку при неосложненном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

У всех пациентов гемостаз произошел самостоятельно либо был достигнут с помощью консервативных методов (включая методы малоинвазивного эндоскопического воздействия). Оперативное лечение не проводилось.

Верификация *Helicobacter pylori* у пациентов обследуемой группы выполнялась

методом дыхательного теста, основанного на биохимическом методе определения инфицированности бактерией хеликобактер пилори по ее уреазной активности, т.е. по способности гидролизовать карбамид (табл. 2).

Из данных, представленных в табл. 2, следует, что среди 104 человек, у которых язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки осложнилась кровотечением, *Helicobacter pylori* диагностировалась у 99 пациентов (95,2 %). У пяти больных хеликобактериоз не выявлен.

Пациенты, которым была показана эрадикационная терапия (99 человек) были выделены в 2 группы: 42 и 47 больных. Антихеликобактерная терапия проводилась согласно Маастрихтскому соглашению-3, (2005 г.) и включала амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и омепразол по 20 мг 2 раза в сутки. Пациенты первой группы получали лечение в течение 10 дней, больным

Таблица 2

Результаты верификации *Helicobacter pylori* у пациентов с кровоточащей дуоденальной язвой

Результат	Число пациентов, человек (%)
положительный	99 (95,2)
отрицательный	5 (4,8)
Всего	104 (100)

второй группы антихеликобактерная терапия проводилась в течение 14 дней.

По истечении 4-х недель после проведенного лечения всем пациентам повторно было проведено исследование на наличие *Helicobacter pylori* (табл. 3).

Результаты исследования

В результате проведенного исследования было установлено, что *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, среди жителей Ленинградской обла-

Таблица 3

Результаты верификации *Helicobacter pylori* у пациентов с кровоточащей дуоденальной язвой после проведенной 10 и 14-дневной эрадикационной терапии

Результат	Число пациентов, которым эрадикационная терапия проводилась	
	в течение 10 дней	в течение 14 дней
положительный	7	1
отрицательный	35*	45*
Всего	42*	47*

* $p < 0,05$

сти верифицировался не менее чем в 95 % случаев. Эффективность антихеликобактерной терапии, проводимой в течение 10 и 14 дней у пациентов данной категории, разная. Было установлено, что 10-дневный курс эрадикационного лечения был эффективен у 35 человек (83 % наблюдений). При проведении антихеликобактерной терапии в течение 14 дней положительный результат достигнут у 45 больных (95 % случаев), что достоверное превышает эффективность 10 дневной терапии на 12 % ($p < 0,05$).

Выводы

Согласно положениям согласительного совещания «Маастрихт-3» (2005 г.) продолжительность курса эрадикационной терапии должна составлять от 7 до 14 дней [10]. Если у пациента наблюдается гладкое (неосложненное) течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, то длительность антихеликобактерной терапии может быть минимально требуемой стандартом — 7-10 дней с последующим плановым контролем ее эффективности. В случае же осложнения заболевания кровотечением, при котором *Helicobacter pylori* является важным провоцирующим фактором, мы считаем целесообразным

назначение более длительной схемы эрадикационной терапии — сразу на 14 дней. Это повысит ее эффективность, что приведет к снижению количества рецидивов кровотечения из дуоденальной язвы, будет способствовать снижению количества оперативных вмешательств, проводимых в сложных условиях на фоне продолжающегося внутрикишечного кровотечения, и повысит выживаемость пациентов при этом грозном осложнении заболевания.

Список литературы

1. Cheung, F.K. Management of massive peptic ulcer bleeding / F.K. Cheung, J.Y. Lau. // Gastroenterol. Clin. North. Am. — 2009. — Vol. 38, №2. — P. 231–243.
2. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курьин А.А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение. — СПб.: Политехника, 2004. — 242 с.
3. Майстренко Н.А. Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки / СПб.: Гиппократ, 2000. — 358 с.
4. Юдин С.В. Эндоскопическая диагностика и лечение острых дуоденальных кровотечений / С.В. Юдин, О.В. Кизим, С.П. Ти-

- хомиров//Тихоокеанский медицинский журнал. — 2008. — № 1. — С. 66–68.
5. Ивашкин В.Т. О состоянии организации медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения в Российской Федерации (доклад на коллегии Министерства здравоохранения РФ 10 февраля 2004 г.)//Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2004. — №3. — С. 4–9.
6. Шевченко Ю.Л. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений/Ю.Л.Шевченко, А.А. Корзникова, Ю.М. Стойко, Б.Ш. Бадуров//Хирургия. — 2006. — №11. — С. 18–23.
7. Борисов А.Е., Акимов В.П., Коваленко А.А., Кетелашвили Л.В. Анализ хирургического лечения перфоративных и кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки в Санкт-Петербурге за 20 лет // Актуальные проблемы прикладной анатомии, оперативной и клинической хирургии: Сборник трудов Рос. науч. конф., посвящ. 75-летию проф. С.А. Симбирцева. — СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2004. — С. 174–176.
8. Наумов В.Ф. К концепции органосохраняющей хирургии язвенной болезни/В.Ф.Наумов, С.Р. Габдраупова, Р.О. Тимошенко//Казанский мед.журн. — 2003. — N 3. — С. 161–166.
9. Amini M. Oral and intravenous eradication of *Helicobacter pylori*/M. Amini, A. Tajik//Pak. J. Biol. Sci. — 2009. — Vol.12, №10. — P. 809–812.
10. Шептулин А.А. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: основные положения согласительного совещания «Маастрихт-3» (по материалам Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Монреале и Европейской недели гастроэнтерологов в Копенгагене)/А.А. Шептулин, В.А. Киприанис//Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2006. — №2. — С. 88–92.