



Г. Д. Фадеєнко, Я. В. Нікіфорова, Н. І. Черелюк

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Як проводять антигелікобактерну терапію в Україні (за даними аналізу Українського реєстру «Hp-EuReg — UKRAINE»)

Мета — оцінити ситуацію з діагностикою і лікуванням інфекції *Helicobacter pylori* в Україні та їх відповідність до сучасних міжнародних рекомендацій.

Матеріали та методи. Проведено аналіз даних 500 хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, асоційованими з інфекцією *H. pylori*, які занесено в період із 2013 р. до 26.10.2018 р. в Український реєстр «gfadeenko» у рамках багаточентрового проспективного дослідження «Hp-EuReg — UKRAINE», ініційованого Європейською групою з вивчення інфекції *H. pylori* та мікробіоти (EHMSG). Усім пацієнтам проводили антигелікобактерну терапію (АГБТ).

Результати. Серед нозологій, щодо яких призначали АГБТ, переважали хронічний гастрит — 73,7% та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки — 23,3%. Найпоширенішими методами первинної діагностики інфекції *H. pylori* є гістологічний (50,8%), серологічний (26,7%) та швидкий уреазний тест (19,5%). Тривалість АГБТ у 15,4% випадків становила 7 днів, у 37,6% — 10 днів, у 47,0% — 14 днів. Найчастіше у схемах АГБТ призначали інгібітор протонної помпи пантопразол (80,5%). Для контролю ерадикації активно використовують стул-тест із визначенням антигену *H. pylori* в калі (90,5%), неактивно — гістологічний метод (5,7%) та уреазний дихальний тест (1,9%). У 2,9% випадків використано серологічний метод, що є суттєвою діагностичною помилкою. Ефективність ерадикації при призначенні стандартної потрійної терапії становила при 7-денному курсі — 53,5%, при 10-денному — 68,2%, при 14-денному — 75,0%. При застосуванні потрійної терапії з додаванням вісмуту трикалію дицитрату (ВТД) рівень ерадикації при 7-денному курсі досяг 71,4%, при 10-денному — 92,6%, при 14-денному — 94,1%.

Висновки. Виявлено недотримання рекомендацій експертів Маастрихту V щодо тривалості АГБТ і контролю ерадикації. Найчастіше у схемах АГБТ призначають пантопразол, що зумовлено наявністю поліморбідності у більшості хворих та ризиком міжлікарських взаємодій. Установлено недостатню ефективність 7-денної потрійної терапії та субоптимальну ефективність 10- та 14-денних схем потрійної АГБТ та 7-денних схем потрійної АГБТ із додаванням ВТД. Додавання ВТД до 10- та 14-денних схем потрійної терапії сприяє підвищенню ефективності ерадикації (понад 90%), тому цей спосіб оптимізації АГБТ є актуальним в Україні.

Ключові слова: реєстр «Hp-EuReg — UKRAINE», *Helicobacter pylori*, антигелікобактерна терапія.

Інфекція *Helicobacter pylori* протягом багатьох років є важливою медичною та соціально-економічною проблемою. Пілоричним гелікобактером інфіковано понад половину людства [3, 4, 8, 9]. Інфекція *H. pylori* — основна причина хронічного гастриту, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, мальтоми шлунка та є визнаним чинником ризику розвитку раку шлунка [1, 4].

Основні принципи діагностики та лікування захворювань, пов'язаних із інфекцією *H. pylori*, регулярно переглядають та публікують у вітчизняних і міжнародних рекомендаціях. Згідно із рекомендаціями «Маастрихт IV» антигелікобактерну терапію (АГБТ) строго рекомендовано пацієнтам із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, атрофічним гастритом, MALT-лімфомою шлунка, після резекції шлунка з приводу раку шлунка чи при першому ступені спорідненості з хворим на рак шлунка, а також за

бажанням інфікованого *H. pylori* пацієнта після консультації з лікарем. Рекомендована тривалість лікування становила 10–14 днів [5].

У Кіотському консенсусі [9] і консенсусі «Маастрихт V» [3] містяться принципи доповнення щодо стратегії ведення хворих, інфікованих *H. pylori*, зокрема у Маастрихті V зазначено, *H. pylori* спричиняє хронічний активний гастрит (ХАГ) у всіх інфікованих гелікобактером осіб, тому було запропоновано новий термін — «бактеріальний гастрит». Звертається увага на те, що ХАГ може призвести до розвитку виразкової хвороби, атрофічного гастриту, аденокарциноми шлунка або МАЛТ-лімфоми, тому успішна ерадикація *H. pylori* сприяє виліковуванню ХАГ і може запобігти прогресуванню захворювання, розвитку віддалених ускладнень або рецидивів хвороби. З цих причин *H. pylori* вважають інфекційним захворюванням незалежно від симптомів і стадії хвороби. Ерадикацію *H. pylori* слід пропонувати всім інфікованим, оскільки вона усуває запалення слизової оболонки шлунка, запобігає розвитку атрофії та зменшує ризик розвитку раку шлунка [1].

Доведено, що ерадикація *H. pylori* зупиняє прогресування пошкодження слизової оболонки до розвитку атрофії, тому лікування інфекції найбільш ефективно з позиції канцеропревенції у пацієнтів з неатрофічним гастритом. Після ерадикації інфекції у хворих з розвинутою атрофією зберігається ризик виникнення раку шлунка, пропорційний ступеню і тяжкості атрофічного гастриту [1, 5, 8]. Однак актуальність проведення АГБТ не зменшується. Вибір схеми АГБТ має ґрунтуватися на даних про ефективність режиму лікування в цій популяції, яка значною мірою визначається чутливістю *H. pylori* до антибіотиків [1, 8]. Як емпіричне лікування можна призначати схеми АГБТ, які вірогідно забезпечують ефективність ерадикації не менше ніж 90 % [3, 8].

У консенсусі «Маастрихт V» рекомендовано збільшення тривалості потрійної терапії з кларитроміцином і квадротерапії до 14 днів як один з варіантів оптимізації АГБТ [1, 5, 8].

В економічно розвинених країнах останніми десятиліттями спостерігається значне зниження частоти раку шлунка, що пояснюється зменшенням поширеності *H. pylori* внаслідок упровадження комплексу профілактичних заходів (профілактика гелікобактерної інфекції та її ерадикація) і поліпшення умов життя. Однак невпинне підвищення резистентності гелікобактера до раніше ефективних схем АГБТ викликає велике занепокоєння і потребує доопрацювання терапевтичних стратегій у країнах з високою поширеністю *H. py-*

lori [3, 4, 6]. В Україні зберігається високий рівень як поширеності, так і захворюваності на *H. pylori*-асоційовані захворювання [3]. Моніторинг скринінгу та ефективності ерадикаційної терапії в конкретних регіонах є важливим і актуальним.

Для оцінки ситуації з дотриманням сучасних рекомендацій у клінічній практиці проводять динамічні міжнародні дослідження [4]. Одним з таких досліджень є проспективне багатоцентрове дослідження — Європейський реєстр інфікування *H. pylori* (Європейський реєстр з питань лікування *H. pylori* (Hp-EuReg)), розпочате у 2013 р. Європейською групою з вивчення *H. pylori* та мікробіоти (EHMSG; <http://www.helicobacter.org>). У цьому дослідженні беруть участь 27 країн, у кожній з яких задіяно не менше ніж 10 медичних закладів.

Метою реєстру Hp-EuReg є створення бази даних, яка дасть змогу систематизувати інформацію про реальну картину клінічної практики європейських гастроентерологів, котрі ведуть хворих, інфікованих *H. pylori*. За допомогою реєстру можна оцінити, наскільки реалізуються діючі клінічні рекомендації щодо діагностики та лікування хворих на інфекцію *H. pylori* в клінічній практиці в різних країнах та регіонах, а також ефективність різних схем АГБТ.

Аналіз даних щодо методів діагностики та лікування *H. pylori* проводять на базі ДУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України» у рамках Українського реєстру «Hp-EuReg — UKRAINE» із 2013 року по сьогодні.

Мета — оцінити ситуацію з діагностикою і лікуванням інфекції *Helicobacter pylori* в Україні та їх відповідність до сучасних міжнародних рекомендацій.

Матеріали та методи

Уся необхідна для аналізу інформація збирається та опрацьовується за допомогою науководослідної електронної бази даних Research Electronic Data Capture (REDCap), розміщеної на серверах Асоціації гастроентерологів Іспанії (Asociación Española de Gastroenterología (AEG), www.aegastro.es). AEG — некомерційна наукомедична асоціація гастроентерологів, метою якої є заохочення проведення незалежних міжнародних досліджень. Підтримка бази даних REDCap проводиться безкоштовно. В онлайн-базу даних на платформі AEG-REDCap вводять основні дані про пацієнтів: стать, вік, етнічна приналежність, діагноз та клінічні симптоми, відомості про наявність раніше проведених курсів АГБТ, способи первинної діагностики *H. pylori*, вибір схеми та тривалості АГБТ, способи, застосовані

для оцінки ефективності ерадикації, загальна ефективність та небажані ефекти АГБТ, прихильність пацієнтів до дотримання різних схем АГБТ.

Для проведення аналізу власних даних із REDCap «Hr-EuReg – UKRAINE» реєстру «gfadeenko» було вилучено дані пацієнтів, внесені з 2013 р. до 26.10.2018 р. Додатково проведено аналіз анкет обстежених хворих.

Результати та обговорення

Проаналізовано дані 500 пацієнтів, інфікованих *H. pylori*, яким проводили АГБТ. Середній вік пацієнтів – (49,33 ± 24,66) року. Серед хворих переважали жінки (54,2%). Терапію завершили 488 (97,6%) хворих. Показанням до лікування була патологія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, асоційована з інфекцією *H. pylori*. Переважали хворі під рубрикою «інші захворювання» та хворі на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (рис. 1).

Серед скарг переважали вияви диспепсії (78,4%) та під рубрикою «інші скарги» (біль – 88,2%). Крім того, значна частина хворих скаржились на печію (65,6%).

У всіх хворих до призначення лікування проводили діагностику інфекції *H. pylori*. Дані щодо методів первинної діагностики наведено на рис. 2.

Переважали методи інвазивної діагностики, які потребували проведення відеоезофагогастро-дуоденоскопії: гістологічне дослідження і швидкий уреазний тест. Із неінвазивних методів найчастіше використовували серологічний із визначенням антитіл *H. pylori* IgG у сироватці крові. Цей метод застосовували переважно у хворих, які вже приймали інгібітори протонної помпи (ІПП). Значно рідше використовували визначення антигену в калі та уреазний дихальний тест. У деяких хворих застосовували два методи первинної діагностики гелікобактера: гістологічне дослідження та серологічний метод або гістологічне дослідження і швидкий уреазний тест.

Найчастіше (у 43,2% хворих) призначали потрійну терапію (ІПП, кларитроміцин, амоксицилін), а також потрійну терапію з додаванням віс-муту трикалію дицитрату (ВТД) (54,0% випадків). Стандартну квадротерапію (ІПП, тетрациклін, метронідазол, ВТД) використовували рідко (у 2,8% хворих).

З ІПП у схемах АГБТ найчастіше призначали пантопразол (80,5%) (рис. 3).

Переважне застосування пантопразолу як складової схеми АГБТ зумовлене частою поліморбідністю хворих, які приймали супутню терапію (96%) і потребували ефективного та безпечного щодо міжлікарських взаємодій ІПП.

Результати аналізу анкет виявили, що із препаратів пантопразолу в схемах первинної лінії АГБТ переважно призначали оригінальний пантопразол та його якісний європейський генерик «Нольпазу», значно рідше – інші препарати (рис. 4).



Рис. 1. Нозологічна характеристика хворих (власні дані)



Рис. 2. Методи діагностики інфекції *H. pylori* до початку лікування (власні дані). У деяких хворих використали кілька методів діагностики *H. pylori*

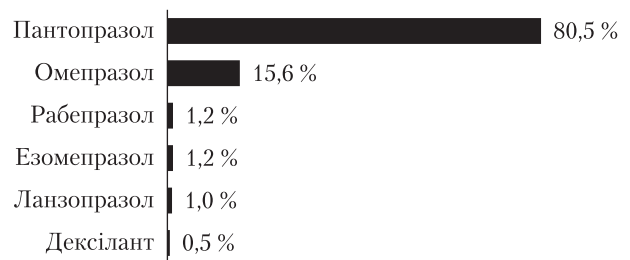


Рис. 3. Частота застосування інгібітора протонної помпи у схемах антигелікобактерної терапії (власні дані)

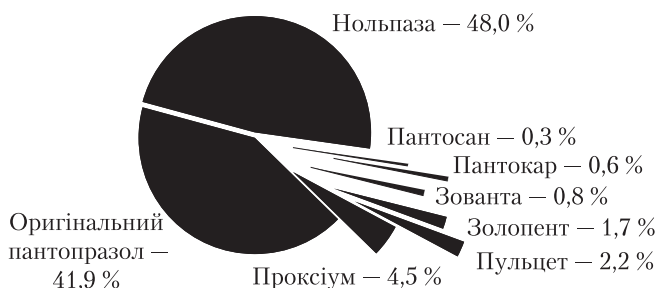


Рис. 4. Частота призначення препаратів пантопразолу (власні дані)

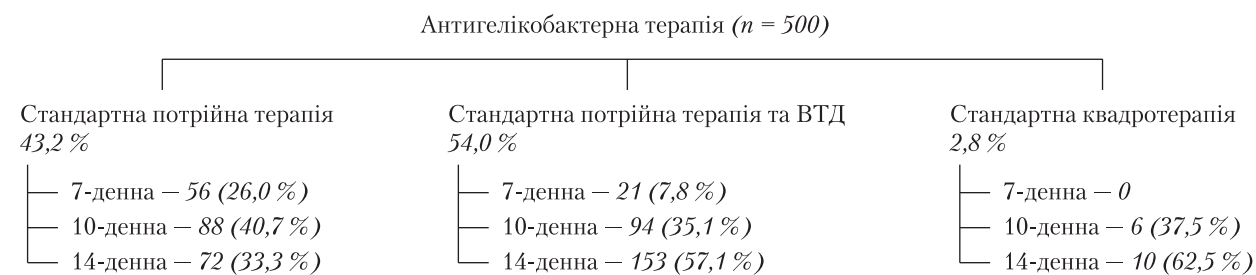


Рис. 5. Загальна тривалість різних схем антигелікобактерної терапії першої лінії (власні дані)

При призначенні потрійної терапії найчастіше рекомендували 10-денний курс АГБТ (у 40,7 % випадків), при призначенні потрійної терапії з додаванням ВТД – 14-денну терапію (у 57,1 %), при призначенні квадротерапії – 10- та 14-денну (у 37,5 і 62,5 % відповідно). Незважаючи на низьку ефективність 7-денних схем АГБТ, лікарі використали їх у 26 % випадків потрійної терапії та у 7,8 % випадків потрійної терапії із додаванням ВТД (рис. 5)

Контроль ерадикації проводили не раніше, ніж через 30 днів після припинення прийому всіх препаратів схеми АГБТ, що відповідає рекомендаціям Маастрихту V та дає змогу запобігти отриманню хибнопозитивних результатів лікування. Для контролю ерадикації використовували переважно неінвазивні методи: стул-тест на виявлення антигену *H. pylori* (рис. 6). Однак у 2,9 % пацієнтів для контролю ерадикації застосовано серологічний метод, що є суттєвою діагностичною помилкою. Позитивний серологічний тест свідчить про наявність інфекції в минулому на підставі виявлення антитіл IgG до *H. pylori* та не може використовуватися для контролю ерадикаційної терапії. Ці антитіла з'являються через 3–4 тижні після інфікування *H. pylori* та можуть виявлятися ще протягом кількох місяців навіть після успішного лікування хворих [3, 10]. Саме тому серологічний метод є ефективним у первинній діагностиці *H. pylori*, але його не можна використовувати для контролю ерадикації.

Рис. 6. Методи контролю ерадикації інфекції *H. pylori* (власні дані). У деяких хворих використали кілька методів контролю ерадикації

Незважаючи на високу доступність у нашому регіоні неінвазивних тестів у 5,7 % випадків контролю ерадикації лікарі використовували інвазивний метод (гістологічне дослідження біоптатів слизової оболонки).

Загальна тривалість АГБТ у 15,4 % випадків становила 7 днів, у 37,6 % – 10 днів, у 47,0 % – 14 днів. Відзначено суттєву зміну частоти призначення різних схем лікування з роками. Якщо у 2013, 2014 та 2015 р. часто призначали 7-денну потрійну терапію (у 34, 23 та 18 % випадків відповідно), то у 2016 р. таку терапію було призначено лише у 5 % випадків, а у 2017 та 2018 р. не призначали взагалі. Аналогічну ситуацію виявлено і щодо призначення 10-денної потрійної терапії (25 % – у 2013 р., 42 % – 2014 р., 20 % – у 2015 р., 10 % – у 2016 р., 2 % – у 2017 р.). Потрійну 14-денну терапію призначали до 2016 р. (у 20–32 % випадків).

Призначення схем 10- та 14-денної потрійної терапії із додаванням ВТД суттєво зросло із 2015 р. (рис. 7). Потрійна 14-денна АГБТ із додаванням ВТД є найпоширенішою терапією впродовж останніх 2 років (55 та 52 % у 2017 та 2018 р. відповідно). Потрійну 7-денну терапію із додаванням ВТД призначали лише до 2016 р. Такий підхід до вибору схем АГБТ свідчить про відповідність призначень лікарів сучасним міжнародним рекомендаціям.

У консенсусі «Маастрихт V» при виборі ІПП перевагу рекомендують віддавати езомепразолу та рабепразолу, що пояснюється поширеністю їх швидких метаболізаторів у Європі та Північній Америці [6]. За даними реєстру «gfadeenko» «Нр-EuReg – UKRAINE», найчастіше у схемах АГБТ призначали пантопразол (80,5 %). Установлено високу ефективність та безпечність застосування оригінального пантопразолу та його якісного генерика («Нольпаза»), особливо у поліморбідних хворих, які отримували супутню терапію та потребували безпечного з точки зору міжлікарських взаємодій ІПП. Відзначено зменшення частки хворих, які отримують у схемах АГБТ омепразол (15,6 %), та низький рівень

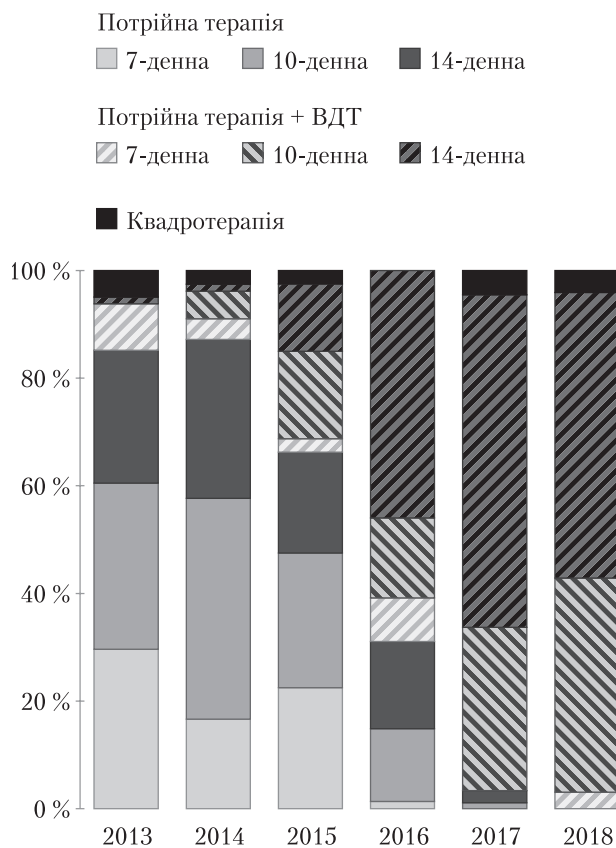


Рис. 7. Частота призначення різних схем ерадикації інфекції *H. pylori* (власні дані)

призначень у нашому регіоні рабепразолу та езомепразолу (по 1,2 %).

При аналізі ефективності різних схем АГБТ залежно від тривалості лікування виявлено недостатню ефективність потрійної терапії та субоптимальну ефективність 10-денних схем АГБТ без призначення ВТД. Загальна ефективність 7-денної потрійної терапії становить 53,5 %,

10-денної — 68,2 %, 14-денної — 75,0 % та не досягає рекомендованого міжнародними експертами рівня ефективності (90–95 %) [1, 3, 8]. Ці дані свідчать про необхідність відмови від призначення схем потрійної терапії в нашому регіоні. Деяко вищі показники ефективності відзначено при призначенні 7-денної потрійної терапії із додаванням ВТД (71,4 %). Однак лише 10- та 14-денні схеми потрійної терапії із додаванням ВТД забезпечують ефективність лікування 92,6 та 94,1 % відповідно.

Висновки

Аналіз даних пацієнтів, внесених до реєстру «Hp-EuReg – UKRAINE», дає змогу оцінити реальну клінічну практику та її відповідність до міжнародних консенсусів та рекомендацій. У деяких випадках відзначено недотримання рекомендацій експертів «Маастрихту V» щодо загальної тривалості АГБТ та контролю ефективності ерадикаційної терапії. Установлено недостатню ефективність потрійної терапії та субоптимальну ефективність 10- та 14-денних схем АГБТ без призначення ВТД. З ІПП найчастіше у схемах АГБТ призначали пантопразол. Доведено високу ефективність та безпечність застосування генеричного препарату пантопразолу («Нольпаза»), порівняні з такими оригінального пантопразолу. Встановлено, що додавання ВТД до схем лікування забезпечує підвищення ефективності ерадикації (понад 90 %), тому цей спосіб оптимізації АГБТ є актуальним в Україні.

У перспективі буде продовжено внесення даних до реєстру «Hp-EuReg – UKRAINE» з метою динамічного своєчасного аналізу реальної клінічної практики та її відповідності до міжнародних стандартів щодо ведення хворих із захворюваннями, асоційованими з інфекцією *H. pylori*.

Статтю опубліковано за підтримки ТОВ «КРКА Україна».

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження, редагування — Г. Ф.; збір та опрацювання матеріалу, написання статті — Я. Н., Н. Ч.

Список літератури

1. Бордин Д.С., Янова О.Б., Абдулхаков Р.А. и др. Европейский регистр *Helicobacter pylori* (протокол Hp-EuReg): первые результаты Российских центров // Тер. архив. — 2016. — № 2. — С. 33–38.
2. Бордин Д.С., Эмбутникс Ю.В., Вологжанина Л.Г. и др. Европейский регистр *Helicobacter pylori* (Hp-EuReg): анализ данных 2360 больных, получавших терапию первой линии в России // Тер. Архив. — 2018. — № 2. — С. 35–42.
3. Никифорова Я.В., Черелюк Н.И., Толстова Т.Н. Основные положения Согласительной конференции по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* — Маастрихт V (2015) // Сучасна гастроентерологія. — 2016. — № 6(92). — С. 119–133.
4. Фадеев Г.Д., Никифорова Я.В. Хронический гастрит та канцеропревенція. Роль препаратів колоїдного субцитрату висмуту у профілактиці раку шлунка // Сучасна гастроентерологія. — 2015. — № 5(85) — С. 48–57.
5. Фадеев Г.Д., Никифорова Я.В. Антихеликобактерная терапия. Роль препаратов висмута трикалия дицитрата в повышении эффективности стандартных схем терапии инфекции Hp. // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. — 2016 (тематический номер). — С. 36–41.

6. Chey W.D., Leontiadis G.I., Howden C.W., Moss S.F. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection // *Am. J. Gastroenterol.* — 2017. — Vol. 112 (2). — P. 212—239.
7. Ferwana M., Abdulmajeed I., Alhajiahmed A. et al. Accuracy of urea breath test in Helicobacter pylori infection: meta-analysis // *World J. Gastroenterol.* — 2015. — Vol. 21. — P. 1305—1314.
8. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al.; European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report // *Gut.* — 2017. — Vol. 66 (1). — P. 6—30.
9. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J. et al.; faculty members of Kyoto Global Consensus Conference. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis // *Gut.* — 2015. — Vol. 64 (9). — P. 1353—1367. Doi: 10.1136/gutjnl-2015-309252.
10. Chey W., Leontiadis G., Howden C., Moss S. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection // *Am J. Gastroenterol.* — 2017. — Vol. 112. — P. 212—238. Doi: www.nature.com/ajg.
11. Zhang W., Chen Q., Liang X. et al. Bismuth, lansoprazole, amoxicillin and metronidazole or clarithromycin as first-line Helicobacter pylori therapy // *Gut.* — 2015. — Vol. 64. — P. 1715—1720.

Г. Д. Фадеевко, Я. В. Никифорова, Н. И. Черелюк

ГУ «Национальний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Как проводят антихеликобактерную терапию в Украине (по данным анализа Украинского реестра «Hp-EuReg — UKRAINE»)

Цель — оценить ситуацию с диагностикой и лечением инфекции Helicobacter pylori в Украине и их соответствие современным международным рекомендациям.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 500 больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, ассоциируемыми с инфекцией H. pylori, занесенных в период с 2013 г. до 26.10.2018 г. в Украинский реестр «gfadeenko» в рамках многоцентрового проспективного исследования «Hp-EuReg — UKRAINE», инициированного Европейской группой по изучению инфекции H. pylori и микробиоты (EHMSG). Всем пациентам проводили антихеликобактерную терапию (АХБТ).

Результаты. Среди нозологий, по поводу которых назначали АХБТ, преобладали хронический гастрит — 73,7% и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — 23,3%. Наиболее распространенными методами первичной диагностики инфекции H. pylori являются гистологический (50,8%), серологический (26,7%) и быстрый уреазный тест (19,5%). Длительность АХБТ в 15,4% случаев составляла 7 дней, в 37,6% — 10 дней, в 47,0% — 14 дней. Чаще всего в схемах АХБТ назначали ингибитор протонной помпы пантопразол (80,5%). Для контроля эрадикации активно используют стул-тест с определением антигена H. pylori в кале (90,5%), неактивно — гистологический метод (5,7%) и уреазный дыхательный тест (1,9%). В 2,9% случаев был использован серологический метод, что является существенной диагностической ошибкой. Эффективность эрадикации при назначении стандартной тройной терапии составляла при 7-дневном курсе — 53,5%, при 10-дневном — 68,2%, при 14-дневном — 75,0%. При применении тройной терапии с добавлением висмута трикалия дицитрата (ВТД) уровень эрадикации при 7-дневном курсе достиг 71,4%, при 10-дневном — 92,6%, при 14-дневном — 94,1%.

Выводы. Выявлено несоблюдение рекомендаций экспертов Маастрихта V относительно длительности АХБТ и контроля эрадикации. Чаще всего в схемах АХБТ назначают пантопразол, что обусловлено наличием полиморбидности у большинства больных и риском межлекарственных взаимодействий. Установлена недостаточная эффективность 7-дневной тройной терапии и субоптимальная эффективность 10- и 14-дневных схем тройной АХБТ и 7-дневных схем тройной АХБТ с добавлением ВТД. Добавление ВТД в 10- и 14-дневные схемы тройной терапии способствует повышению эффективности эрадикации (свыше 90%), потому этот способ оптимизации АХБТ является актуальным в Украине.

Ключевые слова: реестр «Hp-EuReg — UKRAINE», Helicobacter pylori, антихеликобактерная терапия.

G. D. Fadieienko, Ya. V. Nikiforova, N. I. Cherelyuk
SI «L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

The ways of antihelicobacter therapy in Ukraine (based on the data of analysis of the Ukrainian Registry Hp-EuReg — UKRAINE)

Objective — to assess the state of affairs in the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in Ukraine and their conformity with the modern international recommendations,

Materials and methods. The performed analysis included data of 500 patients with *H. pylori*-associated gastrointestinal diseases, registered in the period of the year 2013 to 26.10.2018 in the Ukrainian Registry «gfadeenko» within the frameworks of the multicentre prospective trial Hp-EuReg — UKRAINE, initiated by the European Group on the investigation *H. pylori* infection and microbiota (EHMSG). All patients were administered antihelicobacter therapy (AHBT).

Results. The predominated nosological units, for which AHBT was prescribed, were chronic gastritis (73.7%) and duodenal ulcer 23.3%. The mostly prevailed methods of primary *H. pylori* diagnosis were histological (50.8%), serologic (26.7%) and fast urease test (19.5%). The AHBT duration was 7 days in 15.4% of cases, 10 days in 37.6%, and 14 days in 47.0% of cases. The proton pump inhibitor pantoprazole was administered in the AHBT schemes most frequently (80.5%). For the eradication control, stool test with *H. pylori* antigen identification in feces was actively used (90.5%), and not actively the histological method (5.7%) and urease breast test (1.9%). Serological test was used in 2.9% cases, and this was a significant diagnostic error. The eradication efficacy at the administration of the standard triple therapy was 53.5% at 7-days course, 68.2%, at 10-days course and 75.0% at 14-days treatment. The use of triple therapy with addition of bismuth tripotassium dicitrate (VTD), the eradication level at 7-days course reached 71.4%, at 10-days 92.6%, and at 14-days 94.1%.

Conclusions. The non-compliance of the Maastricht-V recommendations regarding the duration of AHBT and eradication control has been revealed. Pantoprazole was administered in the AHBT schemes most frequently, that was stipulated by the comorbidity presence in the most of patients and risk of the inter-medication interactions. The insufficient efficacy of 7-days triple therapy has been established, as well as sub-optimal efficacy of 10- and 14-days schemes of triple AHBT and 7-days of triple AHBT with VTD addition. The VTD addition in 10- and 14-days schemes of triple therapy promoted the increase of eradication efficacy (more than 90%), thus making this method of AHBT optimization actual for Ukraine.

Key words: Hp-EuReg — UKRAINE Registry, *Helicobacter pylori*, antihelicobacter therapy. □

Контактна інформація

Фадєєнко Галина Дмитрівна, д. мед. н., проф.,
директор Національного інституту терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України
61039, м. Харків, просп. Любові Малої, 2а. Тел.: (57) 373-90-32, 370-37-37
E-mail: info@therapy.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 29 жовтня 2018 р.