



В. І. Вдовиченко<sup>1</sup>, О. А. Бідюк<sup>2</sup>, Р. С. Возний<sup>2</sup>,  
У. Р. Курнат<sup>2</sup>, Г. Б. Місюра<sup>2</sup>, І. О. Пасічна<sup>1</sup>, М. В. Піндак<sup>2</sup>,  
Р. З. Стах<sup>2</sup>, В. В. Терлецька<sup>2</sup>, О. Г. Ходосевич<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
<sup>2</sup> Департамент охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації

## Перший досвід вивчення поширеності *Helicobacter pylori*-негативної пептичної виразки у Львівській області

Поширення *Helicobacter pylori*-негативної виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки в Україні не досліджено. Відсутність обліку хворих, невивченість чинників ризику розвитку такого варіанта хвороби, недостатній досвід лікування хворих та профілактики захворювання створюють серйозні проблеми насамперед на етапі первинного звернення по медичну допомогу. Клінічний протокол про три рівні надання медичної допомоги хворим з такою патологією (2013) недосконалий і потребує перегляду з істотними доповненнями. За результатами обстеження 264 хворих, які звернулися по медичну допомогу протягом 4 міс 2018 р. з приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, встановлено співвідношення пацієнтів з *Helicobacter pylori*-позитивним та негативним статусом і зроблена спроба встановити можливі чинники ризику неінфекційного варіанта хвороби. Частота виразок гастродуоденальної зони у хворих з *Helicobacter pylori*-негативним статусом становить 23,1 %, з *Helicobacter pylori*-позитивним — 39,0 %, а ерозій — відповідно 76,9 та 60,9 %. При *Helicobacter pylori*-позитивному статусі домінує дуоденальна локалізація виразок (29,7 % проти 10,0 %), при *Helicobacter pylori*-негативному — шлункова локалізація ерозій (67,7 % проти 47,6 %). До чинників, які підвищують ризик розвитку *Helicobacter pylori*-позитивної виразки, належать зловживання тютюнокурінням і алкоголем (67,2 і 57,4 %). Чинником ризику *Helicobacter pylori*-негативного варіанта хвороби є високий індекс маси тіла (в середньому — 25,9 кг/м<sup>2</sup>). У частини хворих (7,7 %) з *Helicobacter pylori*-негативним статусом чинником ризику ерозивно-виразкових уражень може бути цироз печінки. У 7,8 % пацієнтів з *Helicobacter pylori*-позитивним статусом ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної зони поєднуються з хронічним панкреатитом.

**Ключові слова:** *Helicobacter pylori*-негативна пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, поширення, чинники ризику.

Актуальність визначення поширеності *Helicobacter pylori*-негативної пептичної виразки зумовлена тенденцією до зменшення в світі кількості випадків пептичної виразки, спричиненої зазначеною бактерією, як в європейській, так і в азіатській популяції [1, 3–7]. Припускають, що це зумовлено масштабною антигелікобактерною ерадикацією [9], яку проводять у багатьох країнах як для успішного лікування та профілактики пептичної виразки, так і для запобігання раку шлунка [8]. При цьому зростає відносна частота ідіопатичної пептичної виразки, походження якої потребує проведення додаткових досліджень [5].

Немає достовірних даних щодо того, в якій частині хворих на пептичну виразку в Україні *H. pylori*-інфекція відсутня. Діагностика, лікування та профілактика цього варіанта захворювання регламентовані недосконалим «Уніфікованим протоколом надання допомоги...» (2013). У цьому протоколі *H. pylori*-негативній пептичній виразці присвячено лише 2 речення (!). Не згадуються ульцерогенні захворювання (зокрема прийом різних груп препаратів) та хвороби, які призводять до ульцерогенезу (синдром Золлінгера—Еллісона, цитомегаловірусна інфекція, цироз печінки, хронічна ниркова недостатність та багато інших) (В.Т. Івашкін та співавт., 2016). Лікування *H. pylori*-негативної виразки полягає у призначенні інгібіторів протонної помпи (ІПП), а цитопротекторні засоби (колоїдний вісмут, ребаміпід, урсодезоксихолева кислота) не використовують.

Таким чином, визначення орієнтовної поширеності *H. pylori*-негативної пептичної виразки в Україні вкрай необхідно.

Мета роботи — вивчити поширеність *H. pylori*-негативної пептичної виразки у Львівській області.

### Матеріали та методи

Проведено визначення *H. pylori*-інфікованості в усіх пацієнтів, які звернулися по допомогу до лікарів-гастроентерологів з приводу ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони у період з вересня до грудня 2018 р. Усього обстежено 258 пацієнтів (134 жінки та 124 чоловіки віком від 19 до 73 років, середній вік —  $(46,4 \pm 1,5)$  року).

Наявність *H. pylori*-інфекції встановлено у 128 хворих (67 жінок та 61 чоловіка), відсутність — у 130 (64 жінок і 66 чоловіків). Таким чином, за кількістю пацієнтів та співвідношенням статей групи були порівнянними.

Наявність захворювання встановлювали за результатами опитування, фізичного та ендоскопічного обстеження. *H. pylori*-статус визначали у нелікованих хворих серологічно, а у пацієнтів у різні строки після лікування — за наявністю антигену *H. pylori* в калі. Зроблено спробу визначити ризик розвитку *H. pylori*-негативної виразки шляхом вивчення анамнезу хвороби і життя обох груп пацієнтів з наступною оцінкою статистичної значущості різниці показників за критерієм  $\chi^2$  Пірсона. Враховували обтяжений сімейний анамнез щодо пептичної виразки, раціональність харчування, шкідливі звички (тютюнокуріння, надмірне вживання алкоголю), стресові умови на роботі та вдома, антропометричні дані (індекс маси тіла (ІМТ)), тяжкість захворювання і його ускладнення (кровотечі, перфорація), наявність оперативних втручань в анамнезі. Аналізували ефективність лікування основного

захворювання в минулому і терапії на момент обстеження, а також наявність супутніх хвороб із зазначенням, які препарати використовували.

### Результати та обговорення

Дані щодо локалізації ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони та *H. pylori*-статусу хворих наведено в таблиці.

У пацієнтів з *H. pylori*-позитивним статусом переважала дуоденальна локалізація виразки (29,7%), виразка шлунка траплялася вдвічі частіше, ніж виразки одночасно шлунка і дванадцятипалої кишки. За відсутності *H. pylori*-інфекції виразкове ураження шлунка і дванадцятипалої кишки діагностували майже з однаковою частотою (відповідно 13,1 та 10,0%). Оцінка за критерієм Пірсона свідчила, що дуоденальні виразки та комбінації їх з виразками шлунка у пацієнтів з *H. pylori*-позитивним статусом статистично значущо частіше виявляють, ніж у хворих без *H. pylori*-інфікування.

Ерозивні ураження шлунка частіше мали місце у пацієнтів з *H. pylori*-негативним статусом (67,7% проти 47,6%;  $p < 0,001$ ), тоді як частота дуоденальних ерозій та їх поєднання з ерозіями шлунка не залежала від *H. pylori*-статусу хворих.

Опитування хворих показало, що спадкова обтяженість щодо пептичних уражень гастродуоденальної зони у хворих з *H. pylori*-позитивним статусом траплялася частіше, ніж у пацієнтів з *H. pylori*-негативним статусом (37,5 порівняно з 29,2%;  $p = 0,058$ ). Можна припустити, що тенденція до частішої обтяженості сімейного анамнезу хворих з *H. pylori*-інфекцією може бути пов'язана з внутрішньосімейним інфікуванням. Статистично значущо за середнім віком хворих групи не відрізнялися ( $(45,0 \pm 2,3)$  та  $(47,9 \pm 2,1)$  року). Середній індекс маси тіла інфікованих *H. pylori* пацієнтів ( $24,14 \text{ кг/м}^2$ ) був меншим за аналогічний показник у пацієнтів з *H. pylori*-негативним

Таблиця. Розподіл хворих за локалізацією ерозивно-виразкових уражень та *H. pylori*-статусом

| Дефект  | Локалізація                    | <i>H. pylori</i> + (n = 128) | <i>H. pylori</i> - (n = 130) | p      |
|---------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------|
| Виразка | Шлунок                         | 8 (6,3%)                     | 17 (13,1%)                   | >0,05  |
|         | Дванадцятипала кишка           | 38 (29,7%)                   | 13 (10,0%)                   | <0,001 |
|         | Шлунок та дванадцятипала кишка | 4 (3,1%)                     | —                            | <0,05  |
| Ерозії  | Шлунок                         | 61 (47,6%)                   | 88 (67,7%)                   | <0,001 |
|         | Дванадцятипала кишка           | 11 (8,6%)                    | 12 (9,2%)                    | >0,05  |
|         | Шлунок та дванадцятипала кишка | 6 (4,7%)                     | —                            | <0,05  |

статусом (25,87 кг/м<sup>2</sup>;  $p < 0,05$ ). Більше ніж удвічі частіше зловживали тютюнокурінням пацієнти з позитивним *H. pylori*-статусом (67,2 порівняно з 26,2%;  $p < 0,0001$ ), вони також частіше вживали алкоголь (54,7 порівняно з 40,0%;  $p < 0,05$ ). За іншими параметрами, які могли би бути чинниками ризику розвитку *H. pylori*-негативної виразки, пацієнти обох груп статистично значущо не відрізнялися.

Поширеність таких супутніх захворювань органів травлення, як гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, безкам'яний холецистит, дуоденогастральний рефлюкс в обох групах статистично значущо не відрізнялася (відповідно 10,9 і 15,4%, 7,8 та 3,1%, 18,8 і 20,0%;  $p > 0,05$ ). Звертає увагу, що лише серед хворих з *H. pylori*-негативним статусом виявлено 10 (7,7%) осіб з цирозом печінки алкогольної та змішаної етіології (в іншій групі жодного випадку такого поєднання не було). Статистично значущо частіше траплявся у хворих з *H. pylori*-позитивним статусом хронічний панкреатит (7,8% проти 1,5%;  $p < 0,05$ ).

Відносно невелика кількість обстежених хворих (258) не дає підстав для висновку щодо фактичної кількості *H. pylori*-негативних пацієнтів серед хворих на пептичну виразку. Отримані дані можна розглядати як орієнтовні. На нашу думку, слід продовжити епідеміологічні дослідження та вивчення чинників ризику зазначено-

го варіанта хвороби, а також оновити «Протокол надання допомоги...» із зазначенням детальних рекомендацій щодо діагностики, лікування та профілактики.

### Висновки

На частку *H. pylori*-негативних ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони припадає половина випадків такої патології.

Частота виразок гастродуоденальної зони у хворих з *H. pylori*-негативним статусом становить 23,1%, з *H. pylori*-позитивним — 39,0%, ерозій — відповідно 76,9 та 60,9%. При *H. pylori*-позитивному статусі переважає дуоденальна локалізація виразок (29,7% проти 10,0%), при *H. pylori*-негативному статусі — шлункова локалізація ерозій (67,7% проти 47,6%).

Чинниками, які збільшують ризик розвитку *H. pylori*-позитивної виразки є зловживання тютюнокурінням та алкоголем (67,2 і 57,4%).

Чинником ризику *H. pylori*-негативного варіанта захворювання є збільшений індекс маси тіла (у середньому — 25,9 кг/м<sup>2</sup>).

У частини хворих (7,7%) з *H. pylori*-негативним статусом чинником ризику ерозивно-виразкових уражень може бути цироз печінки. У 7,8% пацієнтів з *H. pylori*-позитивним статусом ерозивно-виразкове ураження гастродуоденальної зони поєднується з хронічним панкреатитом.

*Конфлікту інтересів немає.*

*Участь авторів: концепція та дизайн дослідження, опрацювання матеріалу, написання тексту — В. В.; збір матеріалу — О. Б., Р. В., У. К., Г. М., І. П., М. П., Р. С., В. Т., О. Х.*

### Список літератури

1. Вдовиченко В.І., Швидкий Я.Б., Острогляд А.В. Феномен *Helicobacter pylori*-негативної виразки та його місце в клінічній практиці // Сучасна гастроентерол. — 2017. — № 6. — С. 102–108.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2016. — № 6. — С. 40–54.
3. Отанезова И.А., Авалуева Е.Б. *Helicobacter pylori*-негативная язвенная болезнь: исторические факты и современные реалии // Фарматека. Гастроэнтерология/Гепатология. — 2017. — № 55. — С. 16–20.
4. Осадчук М.А., Осадчук А.М., Сибряев А.А. *Helicobacter pylori*-негативная язвенная болезнь: современное состояние проблемы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2014. — № 1. — С. 4–9.
5. Chang Y.W. Non-*Helicobacter pylori*, non-steroidal anti-inflammatory drug peptic ulcer disease // Korean J. Gastroenterol. — 2016. — Vol. 67. — P. 313–317.
6. Kano T., Lijima K., Abe Y. et al. A multicenter prospective study on the prevalence of *Helicobacter pylori*-negative and non-steroidal anti-inflammatory drug-negative idiopathic peptic ulcers in Japan // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2015. — Vol. 30. — P. 842–848.
7. Miri S.M.S., Zahedi M.J., Shafiei S. Prevalence of *Helicobacter pylori*-negative, non-steroidal anti-inflammatory drug related peptic ulcer disease in patients referred to Afzalipour Hospital // Middle East J. Dig. Dis. — 2015. — Vol. 7. — P. 241–244.
8. Moss S.F. The clinical evidence linking *Helicobacter pylori* to gastric cancer // Cell. Moll. Gastroenterol. Hepatol. — 2017. — Vol. 3. — P. 183–191.
9. Yaxley J., Chakravarty B. *Helicobacter pylori* eradication — an update on the latest therapies // Austr. Fam. Phys. — 2014. — Vol. 43. — P. 301–305.

В. И. Вдовиченко<sup>1</sup>, О. А. Бидюк<sup>2</sup>, Р. С. Возный<sup>2</sup>, У. Р. Курнат<sup>2</sup>, Г. Б. Мисюра<sup>2</sup>,  
И. О. Пасична<sup>1</sup>, М. В. Пиндак<sup>2</sup>, Р. З. Стах<sup>2</sup>, В. В. Терлецкая<sup>2</sup>, О. Г. Ходосевич<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

<sup>2</sup> Департамент здравоохранения Львовской областной государственной администрации

## Первый опыт изучения распространенности *Helicobacter pylori*-негативной пептической язвы во Львовской области

Распространенность *Helicobacter pylori*-негативной пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в Украине не исследована. Отсутствие учета больных, неизученность факторов риска развития такого варианта болезни, недостаточный опыт лечения больных и профилактики заболевания создают серьезные проблемы прежде всего на этапе первичного обращения за медицинской помощью. Клинический протокол о трех уровнях оказания медицинской помощи больным с данной патологией (2013) несовершенен и требует пересмотра с существенными дополнениями. По результатам обследования 264 больных, обратившихся в течение 4 мес 2018 г. за медицинской помощью по поводу пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, установлено соотношение пациентов с *Helicobacter pylori*-позитивным та негативным статусом и предпринята попытка установить возможные факторы риска неинфекционного варианта болезни. Частота язв гастродуоденальной зоны у больных с *Helicobacter pylori*-негативным статусом составляет 23,1 %, с *Helicobacter pylori*-позитивным — 39,0 %, а эрозий — соответственно 76,9 та 60,9 %. При *Helicobacter pylori*-позитивном статусе доминирует дуоденальная локализация язв (29,7 % против 10,0 %), при *Helicobacter pylori*-негативном — желудочная локализация эрозий (67,7 % против 47,6 %). К факторам, повышающим риск развития *Helicobacter pylori*-позитивной язвы, относится злоупотребление курением и алкоголем (67,2 и 57,4 %). Фактором риска *Helicobacter pylori*-негативного варианта болезни является высокий индекс массы тела (в среднем — 25,9 кг/м<sup>2</sup>). У части больных (7,7 %) с *Helicobacter pylori*-негативным статусом фактором риска эрозивно-язвенных поражений может быть цирроз печени. У 7,8 % пациентов с *Helicobacter pylori*-позитивным статусом эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны сочетается с хроническим панкреатитом.

**Ключевые слова:** *Helicobacter pylori*-негативная пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, распространенность, факторы риска.

V. I. Vdovychenko<sup>1</sup>, O. A. Byduk<sup>2</sup>, R. C. Vozny<sup>2</sup>, Y. R. Kurnat<sup>2</sup>, G. B. Miciyra<sup>2</sup>,  
I. O. Pasichna<sup>1</sup>, M. V. Pyndak<sup>2</sup>, R. Z. Ctach<sup>2</sup>, V. V. Terlecka<sup>2</sup>, O. G. Chodosievych<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Lviv National Medical University of Danylo Galitsky

<sup>2</sup> Medical Care Department of Lviv Regional State Administration

## First experience of the study of prevalence of the *Helicobacter pylori*-negative peptic ulcer in Lviv Region

The prevalence of *Helicobacter pylori*-negative peptic ulcers of the stomach and duodenum in Ukraine has not been studied yet. The lack of accounting for such patients, lack of knowledge of risk factors for the development of this variant of the disease, insufficient experience in the disease treatment and prevention causes serious problems, especially at the stage of initial request for medical care. The known Clinical Protocol on all three levels of medical care for this category of patients (2013) is imperfect and requires revision with significant additions. Based on the survey of 264 patients, seeking for medical care for the gastroduodenal peptic ulcers during 4 months of 2018, the ratio of *Helicobacter pylori*-positive and negative patient statuses was established and an attempt was made to establish possible risk factors for a non-infectious variant of the disease. Thus, the frequency of gastroduodenal zones ulcers in patients with *Helicobacter pylori*-negative status was revealed as 23.1 %, *Helicobacter pylori*-positive — 39 %, and erosion — respectively 76.9 % and 60.9 %. In case of *Helicobacter pylori*-positive status, the duodenal localization dominated (29.7 % against 10 %), and at *Helicobacter pylori*-negative status the gastric localization prevailed (67.7 % against 47.6 %). Among risk factors, contributing the development of *Helicobacter pylori*-positively ulcers, smoking and alcohol abuse (67.2 % and 57.4 %) were the most prevalent. The main risk factor of *Helicobacter pylori*-negative option was the increased body mass index (average 25.9). Liver cirrhosis as a risk factor was defined in 7.7 % of patients with a *Helicobacter pylori*-negative. The gastroduodenal erosive-ulcer lesions, combined with chronic pancreatitis, was established in 7.8 % of patients with the *Helicobacter pylori*-positive status.

**Key words:** *Helicobacter*-negative peptic ulcer of the stomach and duodenum, prevalence, risk factors.

### Контактна інформація

Вдовиченко Валерій Іванович, д. мед. н., проф. кафедри терапії № 1 та медичної діагностики ФПДО  
E-mail: vdovych41@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 27 лютого 2019 р.