

ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ: АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНА ТЕРАПІЯ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

©Є. М. Стародуб, С. Є. Шостак, І. О. Боровик, Т. С. Бенч

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

CHRONIC GASTRODUODENIT: ANTIGELICOBACTER THERAPY IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

©Ye. M. Starodub, S. Ye. Shostak, I. O. Borovyk, T. S. Bench

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbchevsky"

Актуальність проблеми. Сьогодні чітко і беззаперечно доведено роль *Helicobacter pylori* (НР) в генезі хронічного гастриту типу В, хронічного гастродуоденіту (ХГД), пептичної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК). Тому використання комплексних схем антимікробних препаратів, які знищують НР, приводить до зменшення рецидивів захворювань, попередження ускладнень або й до повного одужання таких хворих. Але майже 30-літній досвід антигелікобактерної терапії (АГТ), яка проводиться інтерністами та гастроентерологами світу, показує, що знищити стовідсотково НР не завжди є можливим.

Згідно з Маастрихтськими консенсусами різних років до препаратів антигелікобактерної терапії належать: амоксицилін, кларитроміцин, метронідазол, тетрациклін, левофлоксацин, тинідазол та препарати вісмуту. Проте дані мультицентрових досліджень, залежно від регіонів, а іноді і країн, вказують на різну резистентність НР до зазначених ліків. Зокрема, згідно з даними проф. В. І. Вдовиченка, у Львівському регіоні (західному, біля Тернопілля) резистентність НР до метронідазолу становить 25–40 %; до кларитроміцину – близько 18 %. І це слід враховувати при призначенні комплексних схем антигелікобактерної терапії, проте на практиці ми маємо зовсім інше. Крім того, інтерністу (сімейному лікарю) необхідно пам'ятати, що, крім обгрунтовано підібраних антибіотиків, для знищення НР необхідно обов'язково призначати і адекватні інгібітори протонної помпи (ІПП), бо від них теж досить часто залежить ефективність проведеного лікування.

Мета дослідження – виявити найчастіші причини неефективності антигелікобактерної терапії у хворих на ХГД, асоційований з НР.

Завдання дослідження: 1. Визначити частоту використання сімейними лікарями методів діагностики НР до лікування та ефективності проведеної антигелікобактерної терапії.

2. Виявити типові помилки призначення класичних схем АГТ у хворих на ХГД.

3. Дослідити причини, які призводять до частих рецидивів ХГД, де, здавалося б, усе є відомим і лікування мало б бути успішним.

Матеріали і методи. 52 амбулаторні карти хворих на ХГД, співбесіди з 24 хворими на ХГД та 10 сімейними лікарями, які були задіяні в курації цих хворих.

Результати й обговорення. 1. У 85,53 % хворих АГТ призначали емпірично, без скринінгових методів діагностики НР.

2. У 100 % пацієнтів контроль ерадикації НР не проводили взагалі; у 9,21 % хворих на ХГД із супутньою патологією для лікування ХГД призначали тільки ІПП та/або антациди.

3. У 30,26 % пацієнтів виявлено невідповідність схем та доз ліків до рекомендованих Маастрихтськими консенсусами.

4. 80 % сімейних лікарів не знають про регіональні дані щодо резистентності НР до антимікробних препаратів.

5. У 10,52 % хворих мало місце безконтрольне самостійне використання антимікробних засобів з приводу інших захворювань, що не враховувалось сімейними лікарями при призначенні АГТ.

6. 17,11 % пацієнтів самостійно припиняли АГТ через страх спричинити ними дисбіоз кишечника.

7. 18,42 % обстеженим було призначено ІПП (омепразол, лансопразол), що взаємодіють з препаратами, які хворі отримували з приводу захворювань серцево-судинної системи.

Висновки. 1. Сімейні лікарі недостатньо володіють інформацією щодо ефективності різних методів діагностики НР і можливостей їх використання в амбулаторній практиці.

2. При призначенні антигелікобактерної терапії слід дотримуватись рекомендацій Маастрихтських консенсусів стосовно доз антимікробних препаратів, тривалості їх використання та враховувати особливості регіональних даних щодо резистентності НР до певних ліків.

3. Сімейним лікарям слід більше уваги приділяти роз'яснювальній роботі з пацієнтами щодо ефективності та безпеки АГТ, яку призначають для лікування хворих на ХГД, асоційований з НР.

4. При коморбідній патології ІПП можуть впливати на інші препарати, тому найвиправданішими є використання засобів 2-го покоління (пантопрозолу, рабепразолу, езомепразолу).

5. Для контролю ефективності АГТ слід використовувати швидкий уреазний тест на НР або дихальний уреазний тест з ¹³C-міченою сечовиною (через 4 тижні після закінчення курсу лікування).

6. Повним одужанням хворого на ХГД вважається, коли проведена стовідсоткова ерадикація НР та відновлені фізіологічні функції слизової оболонки шлунка і ДПК (за даними морфологічного дослідження), а рецидив захворювання не настав протягом 12–18 місяців.