

УДК 37.026:614.23+616.33-002.44-08:579.841

## КОМПЕТЕНТНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВРАЧЕЙ, ЗАНЯТЫХ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *H. PYLORI*

Елохина Е.В., Скальский С.В., Костенко М.Б.

*ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Омск, Россия (644099, Омск, ул. Ленина, 12), e-mail elochina@yandex.ru*

Проведен анализ компетентностных характеристик врачей терапевтов и гастроэнтерологов в области диагностики и лечения язвенной болезни, ассоциированной с HP, как фактора, определяющего эффективность фармакотерапии. Абсолютная диагностическая ценность ФЭГДС признается большинством специалистов. Однако верификацию HP при этом рекомендовали лишь 73,33% гастроэнтерологов. Среди антисекреторных препаратов предпочтения специалистов отданы ингибиторам протонной помпы. Среди препаратов этой группы чаще рекомендовали дженерики омепразола, в качестве альтернативных – оригинальные препараты рабепразола, эзомепразола. В качестве антихеликобактерных средств предпочтения отданы амоксициллину и кларитромицину. К альтернативным препаратам отнесены тетрациклин+метронидазол, реже кларитромицин, фуразолидон, амоксициллин. Таким образом, компетентностные характеристики врачей, занятых лечением пациентов с язвенной болезнью, в целом соответствуют современным стандартам и рекомендациям по диагностике и лечению язвенной болезни.

Ключевые слова: стандарты, компетентностные характеристики, язвенная болезнь.

## CHARACTERISTICS OF COMPETENCE OF THE DOCTORS OCCUPIED WITH TREATMENT OF PATIENTS WITH STOMACH ULCER, ASSOCIATED WITH *H.PYLORI*

Elokhina E.V., Skalsky S.V., Kostenko M.B.

*Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia (644099, Omsk, Lenin str., 12), e-mail elochina@yandex.ru*

The analysis of the characteristics of competency general practitioners and gastroenterologists in the diagnosis and treatment of peptic ulcer associated with HP, as a factor determining the effectiveness of drug therapy. Absolute diagnostic value fibrogastroduodenoscopy recognized by most experts. However, verification with HP recommended only 73.33% of gastroenterologists. Of antisecretory drugs preferences professionals given proton pump inhibitors. Among this group of drugs most often recommended generic omeprazole, as an alternative - the original drugs rabeprazole, esomeprazole. As of Helicobacter preference given amoxicillin and clarithromycin. Assigned to an alternative drug tetracycline + metronidazole, clarithromycin less, furazolidone, amoxicillin. Thus, the competence characteristics of physicians involved treatment of patients with peptic ulcer disease, broadly in line with modern standards and guidelines for the diagnosis and treatment of peptic ulcer.

Key words: standards, competency characteristics, ulcer.

### Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний желудочно-кишечного тракта, охватывающих до 10-15% трудоспособного населения [1; 5]. Пептическая язвенная болезнь – образование язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке, являющееся результатом дисбаланса между протективными факторами слизистой оболочки и разнообразными факторами, повреждающими слизистую оболочку, понимаемыми как «этиология». Установлено, что важнейшую роль в усилении агрессивных свойств желудочного содержимого и ослаблении защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки играют

микробактерии *Helicobacter pylori* (НР) [2; 9] и прием нестероидных противовоспалительных средств.

После установления важной роли микробного фактора в развитии ЯБЖ и ДПК Европейская рабочая группа по изучению НР приняла рекомендации по диагностике и лечению больных с НР-ассоциированной патологией. Такие рекомендации получили название «Консенсус Маастрихт I-IV» (1996, 2000, 2005, 2010). Несмотря на существующие стандарты лечения, за последние 10-15 лет регистрируется увеличение более чем в 2,5 раза абсолютного и относительного числа больных с осложненным течением ЯБ [4]. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ (МЗ и СР РФ), в России за тот же период число плановых операций при язвенной болезни снизилось в 2 раза, однако число экстренных операций за этот же период, напротив, увеличилось в 2-3 раза [7].

**Цель исследования.** Установить компетентностные характеристики врачей терапевтов и гастроэнтерологов в области диагностики и лечения больных язвенной болезнью, ассоциированной с НР.

**Материалы и методы исследования.** Было проведено анкетирование врачей гастроэнтерологов и терапевтов – слушателей ПДО, прошедших тематическое усовершенствование либо сертификационный цикл по специальностям 14.01.28 – гастроэнтерология и 14.01.04 – внутренние болезни, в 2005-2011 гг. В исследовании приняли участие 36 гастроэнтерологов и 54 терапевта (67% от общего числа гастроэнтерологов и 6% от общего числа терапевтов). Каждый четвертый гастроэнтеролог (25%) и каждый второй терапевт (55,6%) работали в поликлинике. Средний возраст анкетированных гастроэнтерологов – 40 лет, терапевтов – 32,7 года. Средний стаж работы по специальности: 19,17±3,64 года гастроэнтерологи и 8,56±1,41 лет терапевты. Количество больных с язвенной болезнью желудка, курируемых гастроэнтерологами и терапевтами, было сопоставимо (6,42 и 4,28 человек в месяц соответственно). При анализе числа пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, наблюдаемых анкетированными докторами, были выявлены статистически значимые различия: у гастроэнтерологов проходило лечение в среднем 18,25 чел. в месяц, у терапевтов – 5,17 ( $p < 0,05$ ). Использованные методы: социологический и статистический с применением пакета STATISTICA-6.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При анализе компетенций анкетированных в области соблюдения стандартов диагностики установлено, что гастроэнтерологи до начала лечения готовы направлять на ФЭГДС 99,17% пациентов, но лишь 73,33% из них склонны рекомендовать верификацию НР. Терапевты готовы направлять на ФЭГДС пациентов достоверно реже – лишь 89,44% пациентов ( $p < 0,05$ ), но верификацию НР рекомендовать чаще – 78,44% пациентов. Каждый метод диагностики НР имеет свои преимущества и

недостатки, методы различаются по чувствительности и специфичности. Во время проведения многочисленных сравнительных исследований установлено, что результаты различных методов не всегда идентичны, следовательно, чтобы избежать получения ложнонегативных или ложнопозитивных результатов, для более точной диагностики наличия инфекции необходимо использовать как минимум два метода и результат считать положительным или отрицательным при совпадении показателей обоих методов исследования. К наиболее достоверным методам идентификации микроорганизма традиционно относятся бактериологический, гистологический и молекулярно-генетический методы.

Основными методами верификации, предпочитаемыми гастроэнтерологами перед началом лечения пациентов, были гистобактериоскопия, ИФА АТ к НР, быстрый уреазный тест, ПЦР (АГ НР); терапевтами – гистобактериоскопия, быстрый уреазный тест, ИФА АТ к НР.

Однако удручающим выглядит тот факт, что направление на контрольную ФЭГДС и верификацию НР могут получить не более 70% пациентов гастроэнтерологов и всего лишь половина пациентов терапевтов. Создается впечатление, что значительная часть специалистов традиционно отдает предпочтение клиническим синдромам ЯБ как на этапе установления диагноза, так и при оценке эффективности проведенной терапии. Игнорирование возможностей инструментальных и лабораторных тестов снижает качество диагностики и лечения, способствует увеличению количества повторных курсов лечения. Очевидно, что значительная часть анкетированных гастроэнтерологов и терапевтов направляя пациента на контрольную верификацию НР для оценки эффективности проведенного лечения, действуя согласно стандартам (протоколам) диагностики и лечения болезней органов пищеварения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.04.98 №12, а также приказу МЗ и СР РФ №241 от 22.11.2004 года. Таким образом, знания о соответствии современных стандартов продемонстрировали 58,4% гастроэнтерологов и 44,45% терапевтов.

Был проведен анализ знаний врачей о стандартной терапии для лечения обострения ЯБ, ассоциированной с НР. Среди антисекреторных средств в составе эрадикационной терапии первой линии 58,3% гастроэнтерологов и 72% терапевтов выбирают омепразол в разовой дозе 20 мг с кратностью приема 2 раза в сутки. Оптимальная продолжительность терапии, с точки зрения гастроэнтерологов, составила в среднем  $14,86 \pm 2,3$  суток, терапевтов –  $17,46 \pm 2,31$  суток. Среди препаратов омепразола выбор падает только на дженериковые аналоги. В качестве альтернативы омепразолу 41,7% гастроэнтерологов и 27,8% терапевтов выбирают рабепразол в средней суточной дозе 20 мг с кратностью назначения 2 раза в сутки.

Длительность терапии, по мнению гастроэнтерологов, должна составлять  $12,4 \pm 0,98$  суток, терапевтов -  $29 \pm 4,92$  суток (различия достоверны,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, рекомендуемые отраслевым стандартом разовые и суточные дозы ингибиторов протонной помпы (ИПП) соблюдают все анкетированные специалисты, тогда как их представления об оптимальной длительности терапии существенно различаются. Так, терапевты считают целесообразным более длительное назначение рабепразола, чем омепразола ( $p < 0,001$ ). Очевидно, что именно недостаточная эффективность стартового лечения дженериковым омепразолом способствовала формированию представления о преимуществах оригинального альтернативного средства – рабепразола и необходимости увеличения длительности его применения.

Из антихеликобактерных препаратов абсолютно предпочитаемыми гастроэнтерологами в качестве средств первой линии были кларитромицин и амоксициллин, что безусловно является оптимальным, т.к. резистентность НР к данным антихеликобактерным препаратам на территории России не высока [3]. Наиболее популярными торговыми наименованиями кларитромицина в анализируемой группе были кларитромицин отечественных производителей (50%), клацид производства Abbott (41,6%), реже фромилид производства KRKA (8,33%). Рекомендуемая разовая доза 500 мг с кратностью 2 раза в сутки. Длительность терапии клацидом  $11,6 \pm 0,98$  суток, кларитромицином  $9,5 \pm 0,5$  суток, фромилидом – 14 суток (различия достоверны,  $p < 0,05$ ).

При анализе предпочтений торговым наименованиям амоксициллина было выявлено, что анкетированные гастроэнтерологи предпочитают амоксициллин отечественного производства в 75% случаев и лишь четверть – флемоксин производства Astellas Pharma Europe B.V. Рекомендуемая разовая доза препарата 1000 мг с кратностью 2 раза в сутки. Длительность терапии амоксициллином около 11 суток (флемоксином  $11,33 \pm 1,33$  суток, амоксициллином  $10,56 \pm 0,73$  суток).

Среди антихеликобактерных средств первой линии терапевтами также отдавалось предпочтение кларитромицину (100% случаев) и амоксициллину (94,4% случаев). При анализе предпочтений среди торговых наименований кларитромицина выявлено, что терапевты чаще выбирают кларитромицин отечественного производства (88,89%), реже клацид производства Abbott (11,11%). Разовая доза 500 мг с кратностью 2 раза в сутки. Длительность терапии кларитромицином  $10,88 \pm 0,87$  суток, клацидом  $10,5 \pm 3,5$  суток. Среди препаратов амоксициллина наиболее предпочитаемыми были амоксициллин отечественного производства (88,24% случаев), реже – флемоксин производства Astellas Pharma Europe B.V. (11,76% случаев). Разовая доза препарата 1000 мг с кратностью 2 раза в сутки. Длительность терапии амоксициллином  $11,27 \pm 0,74$  суток, флемоксином  $12,0 \pm 2,0$  суток.

Таким образом, знания специалистами разовых и суточных доз средств эрадикационной терапии соответствуют требованиям отраслевого стандарта.

Висмута трикалия дицитрат (ВТД) в качестве дополнения к терапии первой линии был отмечен в анкетах 8,3% гастроэнтерологов и 16,7% терапевтов. Средняя разовая доза, по мнению гастроэнтерологов, 120 мг, терапевтов –  $160 \pm 40$  мг. Все рекомендовавшие препарат гастроэнтерологи и 2/3 терапевтов склонны назначать его 4 раза в сутки, треть терапевтов – 2 раза в сутки. Длительность терапии, по единодушному мнению гастроэнтерологов, 14 суток. Мнения же терапевтов о продолжительности терапии колебались от 12 до 23 суток (в среднем  $17,33 \pm 5,46$  суток). Таким образом, мнения анкетированных специалистов о роли ВТД в эрадикационной терапии 1 линии в целом совпадают с современными рекомендациями: препарат является лишь дополнением при длительно нерубцующихся и часто рецидивирующих язвах или может быть дополнением для преодоления резистентности к кларитромицину [6; 8]. При этом рекомендуемые специалистами разовые и суточные дозы были адекватны.

В качестве препаратов второй линии при лечении больных язвенной болезнью анкетированными рекомендуются все зарегистрированные на территории РФ ИПП и антихеликобактерные препараты (тетрациклин в сочетании с метронидазолом или фуразолидоном, амоксициллин в сочетании с метронидазолом или фуразолидоном, кларитромицин в сочетании с метронидазолом).

Среди ИПП гастроэнтерологи в равной степени выбирали омепразол (50% случаев) и рабепразол (50% случаев) в средней разовой дозе 20 мг с кратностью 2 раза в сутки, при этом длительность терапии рабепразолом –  $15,0 \pm 2,72$  суток, омепразолом – 14 суток. Терапевты же среди антисекреторных препаратов второй линии отдавали предпочтение рабепразолу (44,4% случаев) и омепразолу (38,9% случаев) в средней разовой дозе 20 мг с кратностью 2 раза в сутки, при этом длительность терапии рабепразолом –  $24,38 \pm 4,3$  суток, а омепразолом –  $18,86 \pm 4,49$  суток. В качестве альтернативы могли быть с равной частотой (5,6% случаев) рекомендованы лансопразол по 30 мг 2 раза в сутки длительностью 30 суток; пантопразол по 20 мг 2 раза в сутки длительностью 14 суток; эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки длительностью 28 суток.

ВТД склонны рекомендовать 92% гастроэнтерологов и 89% терапевтов. Средняя разовая доза 120 мг с кратностью 4 раза в сутки в группе гастроэнтерологов и  $142,5 \pm 12,09$  мг в группе терапевтов с кратностью 4 раза в сутки (81,2% случаев) либо 2 раза в сутки (18,8% случаев). Длительность терапии  $12,18 \pm 2,09$  суток в группе гастроэнтерологов и  $14,56 \pm 1,42$  суток в группе терапевтов.

Среди антихеликобактерных средств второй линии предпочтения гастроэнтерологов были отданы метронидазолу (83,3% случаев), тетрациклину (75% случаев), реже рекомендуются фуразолидон (25% случаев), амоксициллин (17% случаев). При назначении метронидазола всегда рекомендуемая разовая доза была 500 мг; кратность назначения 3 раза в сутки – в 80% случаев и в каждом пятом случае – 4 раза в день. Длительность терапии в среднем  $12 \pm 0,67$  суток. Тетрациклин был рекомендован в средней разовой дозе  $611,11 \pm 73,49$  мг с кратностью 1 раз в сутки в 11,1%, 2 раза в сутки в 22,2%, 3 раза в сутки в 11,1%, 4 раза в сутки в 55,6% случаев. Длительность терапии  $11,78 \pm 0,7$  суток. При анализе рекомендаций фуразолидона было выяснено, что препарат всегда назначался в средней разовой дозе 100 мг с длительностью приема 14 суток. При этом кратность назначений в 33,3% случаев была 3 раза в сутки, в 66,7% случаев – 4 раза в сутки. Амоксициллин всегда рекомендовался в разовой дозе 1000 мг с кратностью 2 раза в сутки и продолжительностью 14 суток.

При анализе рекомендаций терапевтов выяснено, что одинаково часто рекомендуются метронидазол и тетрациклин (88,9% случаев), реже фуразолидон (11,1% случаев) и единичные рекомендации амоксициллина и доксициклина. При этом метронидазол рекомендуется в средней разовой дозе  $468,75 \pm 21,35$  мг, с кратностью 3 раза в сутки в 87,4%, реже 2 или 4 раза в сутки (по 6,3% случаев). Длительность терапии в среднем  $11,69 \pm 0,72$  суток. Тетрациклин же рекомендовался в средней разовой дозе  $593,75 \pm 50,39$  мг, с кратностью 4 раза в сутки в 75% случаев или 2 раза в сутки в 25%, длительность терапии в среднем составила  $11,69 \pm 0,72$  суток. Фуразолидон рекомендовался во всех случаях в средней разовой дозе 100 мг с кратностью 4 раза в сутки и длительностью терапии  $10,5 \pm 3,5$  суток. Амоксициллин рекомендовался всегда в разовой дозе 1000 мг с кратностью 2 раза в сутки и длительностью 10 дней. Один специалист рекомендовал доксициклин в разовой дозе 200 мг с кратностью 1 раза в день длительностью 7 дней.

Исходы лечения анкетированные отметили как клиническую ремиссию – 100% гастроэнтерологов и 72,2% терапевтов; рубцевание язвы – 91,7% гастроэнтерологов и 94,4% терапевтов; выздоровление – 8,3% гастроэнтерологов.

**Выводы.** Безусловно, обе группы анкетированных хорошо информированы о стандартах терапии больных ЯБ. В качестве препаратов эрадикационной терапии первой линии и гастроэнтерологи, и терапевты выбрали ингибиторы протонной помпы в сочетании с амоксициллином и кларитромицином. Разовые дозы и кратность назначений не различались в анализируемых группах и не отличались от стандартных. Существенно различались представления о длительности назначения препаратов. Так, терапевты отдавали предпочтение избыточным срокам приема омепразола ( $17,46 \pm 2,31$  суток) и в еще большей степени рабепразола ( $29,0 \pm 4,29$  суток). Очевидно предпочтение, отдаваемое терапевтами

препаратам отечественных производителей (омепразол – 100%, кларитромицин – 88,89%, амоксициллин – 88,24%), тогда как гастроэнтерологи более чем в половине случаев предпочитают кларитромицин иностранного, а амоксициллин – отечественного производства. При этом представления анкетированных о продолжительности эрадикационной терапии не различались как внутри групп, так и в сравнении со стандартами терапии и составляли от 9 до 12 суток. В дополнение к терапии 1 линии каждый девятый гастроэнтеролог и каждый пятый терапевт склонны назначать висмута трикалия дицитрат. В качестве анти-НР препаратов второй линии обе анализируемые группы отдавали предпочтение тетрациклину и метронидазолу. По новым стандартам диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с НР заболеваний, принятых X съездом НОГР 5 марта 2010 года, данные препараты вообще не рассматриваются как возможные антихеликобактерные средства. Тем более что уровень резистентности, в том числе и первичной, НР к метронидазолу более 40%. Удивляет факт наличия в качестве препарата второй линии доксицилина, который никогда не рассматривался как средство выбора. Исходя из вышеизложенного очевидно, что гастроэнтерологи более информированы о возможности назначения альтернативных схем (в том числе с учетом последних рекомендаций). При анализе рекомендаций антисекреторных средств выявлено, что гастроэнтерологи отдают предпочтение омепразолу и рабепразолу. Тогда как терапевты иногда рекомендуют и эзомепразол, и пантопразол, и лансопразол. Разовые дозы, кратность и длительность терапии соответствуют рекомендуемым стандартам.

### **Список литературы**

1. Вавринчук С.А. Системный подход в оценке показателей периферической электрогастроэнтерографии у больных с осложненной язвенной болезнью / С.А. Вавринчук, П.М. Косенко // Молодой ученый. – 2011. – № 5. – Т. 2. – С. 204-212.
2. Васильев Ю.В. Ночной «выброс» кислоты при язвенной болезни. Особенности лечения // Школа клинициста. – 2005. – № 35 (342). – С. 11.
3. Дехнич Н.Н. Антибиотикорезистентность *H. pylori*: результаты микробиологического регионального исследования / Н.Н. Дехнич [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2011. – № 2. – С. 37-42.
4. Исаков В.А. Маастрихт-3 – 2005: флорентийская мозаика противоречий и компромиссов // Экспер. клинич. гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 78-83.
5. Минушкин О.Н. Применение нормазе в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* / О.Н. Минушкин, И.В.

Зверков, М.Д. Ардатская // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2007. – № 5. – С. 32–36.

6. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (4-е Московское соглашение) приняты X съездом НОГР 5 марта 2010 года // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 5. – С. 113-118.

7. Шапкин Ю.Г. Оптимизация медикаментозной профилактики рецидива язвенного желудочно-кишечного кровотечения / Ю.Г. Шапкин, С.В. Капралов, А.В. Климашевич // Медицинский альманах. – 2010. – № 1 (10). – С. 125-127.

8. Malfertheiner P. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht III Consensus Report. / P. Malfertheiner, F. Megraud, C.O'Morain // Gut 2007; 56:772–781. – URL: <http://gastro.ucsd.edu/fellowship/Documents/HPConsensus.pdf> (дата обращения: 10.09.2012).

9. Soylu A. Immunohistochemical testing for *Helicobacter pylori* existence in neoplasms of the colon / A. Soylu et al. // BMC Gastroenterology. – 2008. – Vol. 8. – P. 35-55.

#### **Рецензенты**

Ортенберг Э.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой клинической фармакологии ГБОУ «Тюменская государственная медицинская академия», г. Тюмень.

Лычев В.Г., д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной и поликлинической терапии с курсами профболезней и эндокринологии Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.