



І.М. Скрипник<sup>1</sup>, Г.В. Осьодло<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, Полтава

<sup>2</sup> Українська військово-медична академія МО України, Київ

## Епідеміологічні, патогенетичні, лікувальні та фармако-економічні аспекти пептичної виразки, асоційованої з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, у військовослужбовців

### Ключові слова

Пептична виразка, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, захворюваність, структура, антигелікобактерна терапія, рабепразол, омепразол, фармако-економічна ефективність, військовослужбовці.

Висока частота і тенденція до зростання захворюваності на кислотозалежні захворювання (гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), пептичну виразку шлунка (ПВШ) і дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК)) у військовослужбовців, часті їх рецидиви та ускладнення, необхідність лікування знижують боєздатність Збройних сил і визначають складні соціально-економічні аспекти цієї проблеми. Захворювання езофагогастроуденальної зони є причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців ЗС України [4], що, окрім соціальних наслідків, завдає чималих економічних збитків нашій державі.

Сьогодні у лікуванні пептичної виразки досягнуто певного прогресу, що насамперед пов'язано з антигелікобактерною терапією (АГБТ) [5, 7, 10, 11, 16]. Ерадикація *H. pylori*-інфекції сприяє швидшому зникненню виразкового дефекту і досягненню стійкої ремісії, зменшенню частоти ускладнень та розвитку тяжких форм захворювання. Згідно з даними численних контрольованих досліджень, саме ерадикація *H. pylori*-інфекції при ПВШ і ПВ ДПК сприяє зниженню частоти їх рецидивів з 70–80 % до 1–5 % та кровотеч з 25–30 % до 1–2 % [13, 14]. Окремі дослідження свідчать на користь профілактики пре-

неопластичних уражень і нормалізації моторної функції стравоходу при успішній ерадикації гелікобактеріальної інфекції у хворих на ГЕРХ [3].

Проте останніми роками ефективність стандартних антигелікобактерних комплексів знижується у зв'язку з розвитком метронідазол- і кларитроміцинорезистентності, з одного боку, та з відсутністю впливу кларитроміцину і амоксициліну на кокові форми *H. pylori*, з іншого. Тому замість метронідазолу в схемах ерадикації *H. pylori* у нашій країні дедалі частіше використовують орнідазол, здатний впливати на кокові форми *H. pylori*, оскільки резистентність до орнідазолу є відносно незначною [1, 7, 9]. Велике значення для досягнення ерадикації *H. pylori* має також вибір інгібітора протонної помпи (ІПП), який входить до антигелікобактерного комплексу. Рабепразол вирізняється найшвидшим пригніченням кислотопродукції вже в перший день застосування, що дає змогу досягти необхідного рівня рН для ефективної роботи антибіотиків [11].

Застосування рабепразолу при лікуванні пептичної виразки, асоційованої з ГЕРХ, дає змогу з першого дня контролювати рефлюксний симптомокомплекс у таких пацієнтів. Порівняння анти-

секреторного ефекту п'яти ІПП (рабепразолу, лансопразолу, пантопразолу, омепразолу і омепразолу МАПС) у перший день їх прийому в стандартній добовій дозі за допомогою внутрішньо-шлункової добової рН-метрії в рандомізованому подвійному сліпому плацебоконтрольованому дослідженні виявило переваги рабепразолу [15].

Відомо, що всі ІПП, за винятком рабепразолу, піддаються окиснювальному метаболізму в печінці з участю ізоензимів системи цитохрому Р450 — СYP 2С19 та СYP 3А4. Наявність генетичного поліморфізму СYP 2С19 у популяції зумовлює існування «швидких» «проміжних» і «повільних» метаболізаторів, що передбачає можливість посиленого метаболізму і швидкого кліренсу препаратів у «швидких» метаболізаторів. Елімінація рабепразолу меншою мірою залежить від ізоферментів системи СYP 2С19, завдяки чому його антисекреторний ефект є передбачуванішим, а застосування — безпечнішим [12, 17].

Здатність препарату метаболізуватися переважно неферментним шляхом і, таким чином, мінімально порівняно з іншими ІПП впливати на систему цитохрому Р450 гепатоцитів, особливо важлива при комбінованому застосуванні медикаментозних препаратів у хворих із супутньою патологією, зокрема при хронічних дифузних захворюваннях печінки, та проведенні АГБТ. Заслужують на увагу факти відсутності впливу тривалого застосування рабепразолу на рівень сироваткового гастрину та вміст ЕСL-клітин у слизовій оболонці шлунка [18].

Мета дослідження — вивчення рівня, структури і динаміки захворюваності на ПВШ та ПВДПК, особливостей поєданого перебігу пептичної виразки і ГЕРХ у військовослужбовців ЗС України та оцінка клінічної і фармако-економічної ефективності лікувальних комплексів на основі рабепразолу та омепразолу.

### Матеріали та методи

Для дослідження захворюваності вихідним матеріалом служили дані статистичної звітності за період 2001—2010 рр. (форма 2/мед), внесені в автоматизовану інформаційну систему ведення медичних звітів закладів охорони здоров'я «Контигент», проаналізовані та узагальнені фахівцями лікувально-профілактичного відділу Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України. Аналізу підлягали рівень, структура і динаміка захворюваності на ПВШ і ПВДПК у різних категорій військовослужбовців. При цьому додатково враховували коефіцієнт питомої ваги ПВШ як співвідношення захворюваності на ПВШ та загальної захворюваності на ПВШ і ПВДПК, враховуючи, що підвищення

частоти пептичної виразки шлункової локалізації асоціюється зі зниженням чинників захисту, стресовими ситуаціями, підвищеними вимогами до організму, веденням бойових дій тощо.

Діагноз пептичної виразки і ГЕРХ у групах дослідження встановлювали на підставі клінічних виявів захворювання, результатів фіброезофагогастроудоденоскопії (ФЕГДС), езофаго- та гастро-рН-моніторингу. Статистичному аналізу піддавали такі показники, як загальна кількість кислотних (рН < 4) і лужних (рН > 7) гастроезофагеальних рефлюксів, кількість рефлюксів тривалістю понад 5 хв. Окремо аналізували частку функціональних інтервалів (ФІ рН) з рівнями рН < 4 та рН > 7. Усім обстеженим пацієнтам проводили загальноклінічні дослідження, ультрасонографічне обстеження органів черевної порожнини, індикацію *H. pylori* за допомогою <sup>13</sup>С-вуглецевого дихального тесту на початку лікування. Контроль ерадикації здійснювали з використанням швидкого тесту для визначення антигену *H. pylori* у фекаліях і <sup>13</sup>С-вуглецевого дихального тесту через 4 тиж після закінчення терапії.

Для оцінки клінічної та фармако-економічної ефективності різних схем терапії проводили вивчення показників якості життя (ЯЖ) за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) та опитувальника MOS SF-36 і розрахунок фармако-економічних параметрів. При аналізі вартісної ефективності порівнювали витрати, необхідні для досягнення клінічного ефекту з урахуванням витрат на лікувальні системи з рабепразолом та омепразолом. Аналіз корисності витрат (cost-utility analysis) включав порівняння співвідношення вартості витрат та поліпшення стану здоров'я хворого для різних варіантів терапії. Інтегральний показник ефективності лікування, який комплексно враховує динаміку клінічних виявів і ЯЖ, обчислювали за формулою [2]:

$E = \text{клінічна ефективність (бали)} \cdot 0,7 + \Delta\text{ЯЖ} \cdot 0,3$ ,  
де  $\Delta\text{ЯЖ}$  — приріст якості життя обстежених у балах. Клінічну ефективність, своєю чергою, враховували за формулою:

$$\text{Клінічна ефективність} = K_1 \cdot X_{e1} + K_2 \cdot X_{e2},$$

де  $X_{e1}$  — показник ефективності (від 1 до 7 балів), обернений до терміну регресії больового синдрому;  $X_{e2}$  — показник ефективності (від 1 до 7 балів), прямопропорційний до частоти рубцювання виразки;  $K_1$  та  $K_2$  — відповідні коефіцієнти значущості ( $K_1 = 0,2$ ,  $K_2 = 0,8$ ).

### Результати та обговорення

На першому етапі дослідження вивчали епідеміологічні показники рівня, структури та дина-

міки захворюваності на ПВДШ і ПВДПК, особливості їх поєднання з GERX у військовослужбовців ЗС України. При цьому встановлено, що останніми роками спостерігається тенденція до зростання захворюваності серед різних категорій військовослужбовців. Причому захворюваність серед офіцерів перевищує показники серед військовослужбовців контрактної служби, а темпи зростання є дещо вищими серед контрактників. Підйом намітився у 2006 р., коли захворюваність на ПВДПК серед офіцерів, порівнюючи з 2005 р., зросла у 1,33 разу (з 6 до 8 ‰), а на ПВДШ — у 1,25 разу (з 1,2 до 1,5 ‰). Водночас спостерігали підвищення захворюваності серед контрактників: на ПВДПК — у 1,24 разу (з 5 до 6,2 ‰), а на ПВДШ — у 2 рази (з 1,1 до 2,2 ‰). У 2007 р. рівень захворюваності дещо стабілізувався і становив для ПВДПК серед офіцерів 6,4 ‰, а серед контрактників — 3,9 ‰. Однак, починаючи з 2008 р., зберігається негативна тенденція у вигляді зростання захворюваності на ПВДПК до 8,5–9,7 ‰ серед офіцерів та до 4,7–7,7 ‰ серед контрактників (рис. 1). У 2008–2009 рр. також поступово зростала захворюваність на ПВДШ до 2,5–3 ‰ серед офіцерів (рис. 2). Загалом за період з 2001 по 2010 р. захворюваність на ПВДПК зросла у 1,6 разу серед офіцерів (з 6,1 до 9,7 ‰) та у 1,8 разу серед контрактників (з 4,3 до 7,7 ‰), на ПВДШ — відповідно у 1,4 разу (з 1,6 до 2,3 ‰) та у 2,1 разу (з 0,8 до 1,7 ‰).

Серед військовослужбовців строкової служби захворюваність на ПВДПК і ПВДШ не зазнала значних коливань упродовж досліджуваного періоду і була найвищою для ПВДПК у 2006 р. (на рівні 4,2 ‰), а для ПВДШ — у 2010 р. (1,2 ‰) (див. рис. 1, 2). Найнижчі показники захворюваності на ПВДПК і ПВДШ серед військовослужбовців строкової служби порівняно з офіцерами та військовослужбовцями контрактної служби може пояснюватися молодшим віком цього контингенту та ефективністю профілактичних заходів у цій категорії військових.

Обчислювали коефіцієнт питомої ваги ПВДШ ( $K_{\text{ПВДШ}}$ ) за формулою:

$$K_{\text{ПВДШ}} = N_{\text{ПВДШ}} / (N_{\text{ПВДШ}} + N_{\text{ПВДПК}}),$$

де  $N_{\text{ПВДШ}}$  — кількість пацієнтів з ПВДШ,  $N_{\text{ПВДПК}}$  — кількість пацієнтів з ПВДПК.

Найвищим  $K_{\text{ПВДШ}}$  у офіцерів був у 2009 р. (0,26; середнє по групі за 10 років — 0,22), у військовослужбовців контрактної служби — у 2007 р. (0,33; середнє по групі — 0,22), у військовослужбовців строкової служби — у 2010 р. (0,36; середнє по групі — 0,18 (рис. 3).

Ретроспективний аналіз 713 ФЕГДС хворих із ПВДШ і ПВДПК, проведених у клініці гастроент-

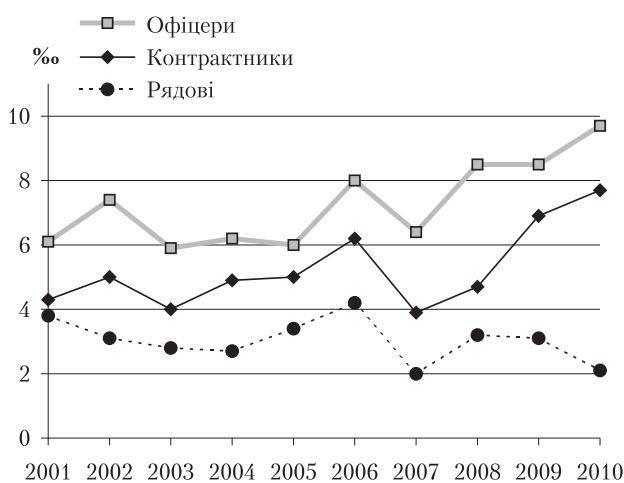


Рис. 1. Динаміка захворюваності на ПВДПК у різних категоріях військовослужбовців за період 2001–2010 рр.

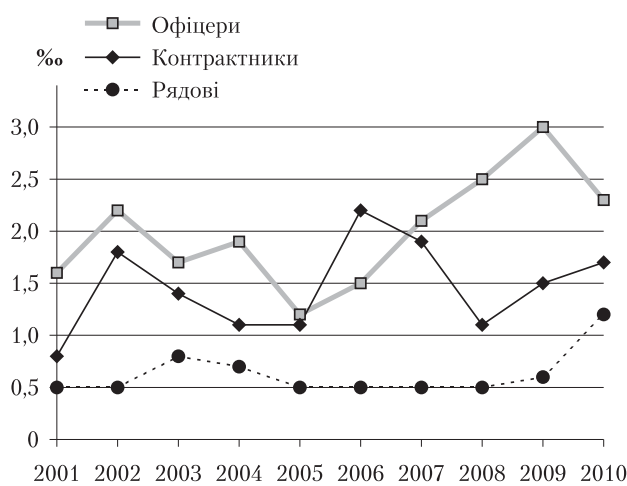


Рис. 2. Динаміка захворюваності на ПВДШ у різних категоріях військовослужбовців за період 2001–2010 рр.

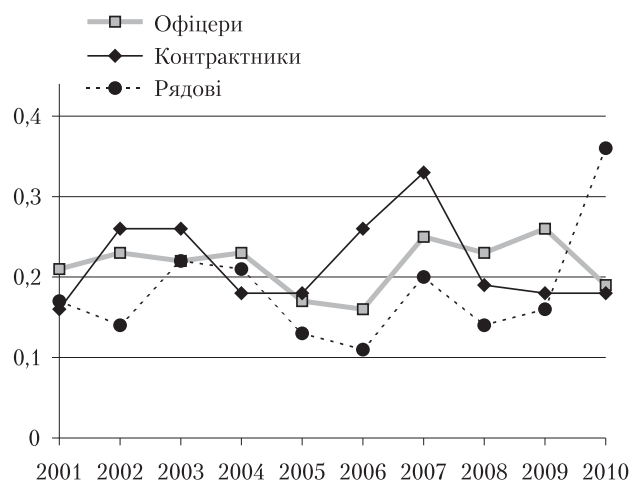


Рис. 3. Динаміка коефіцієнта питомої ваги ПВДШ у різних категоріях військовослужбовців за період 2001–2010 рр.

терології Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ», свідчить про переважання серед хворих на пептичну виразку військових пенсіонерів. Так, пептичну виразку шлункової і дуоденальної локалізації діагностовано у 105 військовослужбовців строкової служби, у 185 офіцерів, у 288 військових пенсіонерів і у 135 цивільних (рис. 4).

У структурі пептичної виразки відзначено тенденцію до підвищення частки ПВДІК залежно від категорії і віку військовика (рис. 5). Серед військовослужбовців строкової служби віком 19–25 років частота ПВДІК та ПВДІІ становила 94,3 та 5,7 % ( $K_{\text{ПВДІІ}} = 0,06$ ), серед офіцерів – 85,9 та 14,1 % ( $K_{\text{ПВДІІ}} = 0,14$ ), у військових пенсіонерів – 70,1 та 29,9 % ( $K_{\text{ПВДІІ}} = 0,30$ ).

Найвність супутньої ГЕРХ встановлено у 28,1 % пацієнтів. Як уже згадувалося в наших попередніх публікаціях, при аналізі поєднаної патології простежується тенденція до підвищення частки ерозивної форми захворювання залежно від категорії і віку військовика із суттєвим зростанням частоти поєднання з ПВДІК (рис. 6). При

цьому загострення ПВДІК у поєднанні з ГЕРХ характеризувалися вірогідним зниженням резистентності слизового бар'єра гастродуоденальної зони внаслідок підсилення деградації сіалопротейнів, колагенових білків, зниження продукції фукопротейнів слизу, активації перекисного окиснення ліпідів та зниження антиоксидантного захисту слизової оболонки [8].

На другому етапі дослідження проводили оцінку ефективності лікувальних комплексів на основі рабепразолу та омепразолу у хворих на *H. pylori*-асоційовану ПВДІК, поєднану із ГЕРХ: в основній групі – комплексного препарату «Орністат», який містить рабепразол, кларитроміцин і орнідазол, у групі порівняння – комплексу з омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну за їхнім впливом на клінічну, ендоскопічну картину захворювань, ерадикацію *H. pylori*-інфекції, середньодобовий рН і ультраструктуру слизової оболонки шлунка.

Обстежено 40 хворих на ПВДІК у поєднанні з неерозивною рефлюксною хворобою (НЕРХ), діагноз підтверджено клінічним, ендоскопічним

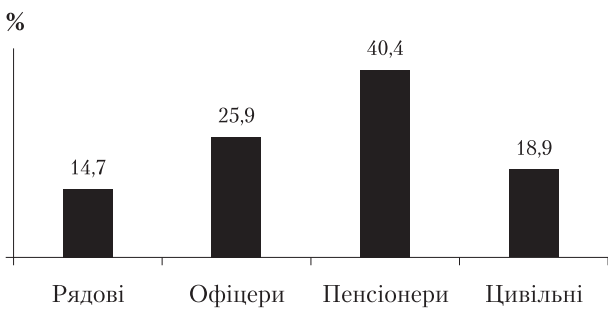


Рис. 4. Частота ПВДІІ та ПВДІК за наявності симптомів шлункової диспепсії у різних категорій військовослужбовців і цивільних

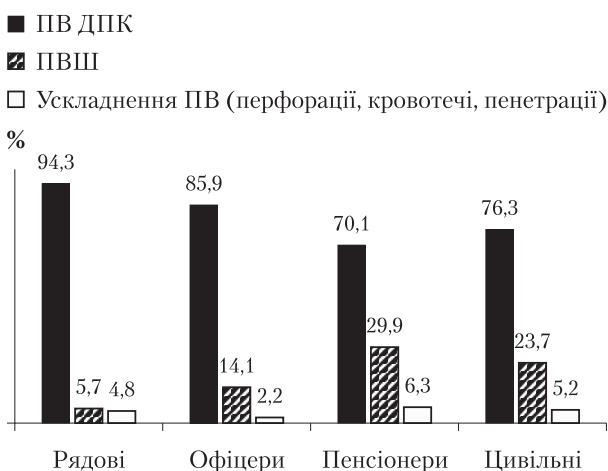


Рис. 5. Структура ПВДІІ та ПВДІК та їх ускладнень у різних категорій військовослужбовців і цивільних

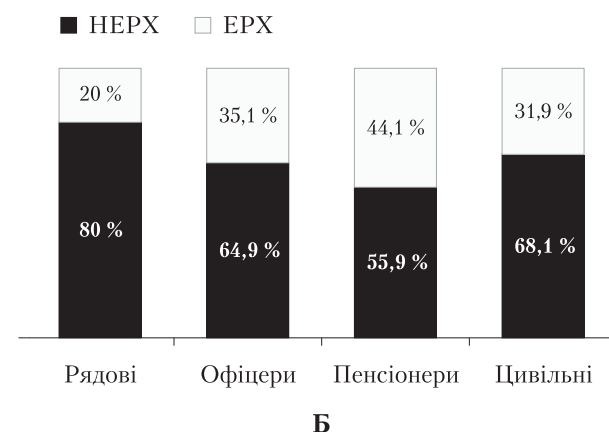
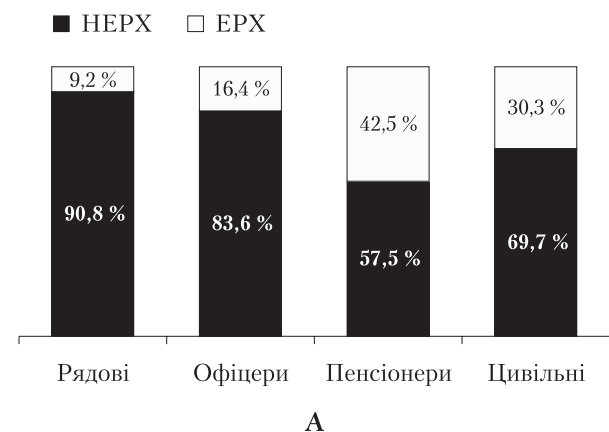


Рис. 6. Частота клінічних варіантів ГЕРХ без гастродуоденальної патології (А) та у поєднанні з ПВДІК (Б) у різних категорій військовослужбовців і цивільних

та рН-метричним дослідженнями. В усіх хворих ПВ була асоційована з гелікобактеріозом середнього і високого ступеня контамінації.

20 хворих (1-ша група) отримувала «Орніс-тат» по 3 таблетки двічі на добу впродовж 14 діб, 20 (2-га група) — омепразол по 20 мг 2 рази на добу, кларитроміцин по 500 мг 2 рази на добу, амоксицилін по 1000 мг 2 рази на добу впродовж 14 діб. У подальшому хворі 1-ї групи отримували рабепразол, а хворі 2-ї групи — омепразол по 40 мг до 4 тиж.

У хворих 1-ї групи клінічної ремісії досягнуто на 3-тю—7-му добу, у хворих 2-ї групи — на 4—9-ту добу від початку лікування. Ендоскопічна ремісія через 2 тиж мала місце у 17 (85 %) хворих 1-ї групи і у 13 (65 %) — 2-ї групи (табл. 1). Ерадикація, підтверджена через 1 міс після закінчення лікування за допомогою двох тестів, відбулася у 17 (85 %) пацієнтів 1-ї групи та у 13 (65,0 %) — 2-ї групи ( $\chi^2 = 3,96$ ;  $p < 0,05$ ). Під впливом рабе-

празолу середні значення цілодобових рівнів рН у тілі шлунка зростали з 0,9—1,1 до 4,9—5,4, під впливом омепразолу — до 4,7—5,2.

В ультраструктурі слизової оболонки шлунка під впливом рабепразолу відбувалися значні зміни. Парієтальні клітини були в стані функціонального спокою і не секретували: в них містилася велика кількість темних резервних мітохондрій, внутрішньоклітинні каналці спали і містили багато мікрворсинок. Мукоцити покрито-ямкового епітелію слизової оболонки шлунка були заповнені мукоїдними гранулами та інтенсивно секретували слиз у порожнину шлунка. У слизовій оболонці шлунка містилося багато недиференційованих клітин і малих лімфоцитів, що свідчило про інтенсифікацію проліферативних процесів у слизовій оболонці гастроуденальної зони. У жодного з пацієнтів не спостерігали загострень виразкової хвороби упродовж одного року.

Таблиця 1. Витратна вартість різних варіантів АГБТ та антисекреторної терапії ПВ ДПК, асоційованої з ГЕРХ

Показник	1-ша група	2-га група
Вартість 4-тижневого лікування (на 1 пацієнта), грн × Кількість пацієнтів	447 · 20 = 8940	269 · 20 = 5380
Додатково (АГБТ II лінії), грн × Кількість пацієнтів (з відсутністю рубцювання через 2 тиж)	149 · 3 = 447	149 · 7 = 1043
ФЕГДС, грн × Кількість пацієнтів	150 · 3 = 450	150 · 7 = 1050
Контроль ерадикації, грн × Кількість пацієнтів	50 · 3 = 150	50 · 7 = 350
Додаткова консультація гастроентеролога, грн × Кількість пацієнтів	100 · 3 = 300	100 · 7 = 700
Разом, грн	10 287	8523

Таблиця 2. Вартісна ефективність лікувальних систем АГБТ та антисекреторної терапії ПВ ДПК, асоційованої з ГЕРХ

Показник	1-ша група	2-га група
Загальні витрати, грн	10 287	8523
Індекс клінічної ефективності, бали	6,0	4,6
Витратна ефективність, грн/бал	1715	1853

Таблиця 3. Корисність витрат лікувальних систем АГБТ та антисекреторної терапії ПВ ДПК, асоційованої з ГЕРХ

Показник	1-ша група	2-га група
Загальні витрати, грн	10 287	8523
Індекс клінічної ефективності, бали	6,0	4,6
Приріст якості життя, бали	4,9	3,1
Інтегральний показник ефективності лікування	5,7	4,2
Корисність витрат	1805	2029

Для проведення фармако-економічного аналізу порівнювали показники клінічної ефективності та вартості лікування у групах з використанням найчастіше вживаних антигелікобактерних комплексів першої лінії, які застосовуються у ЗС України (табл. 1–3). Основними критеріями ефективності терапії були загоєння виразкового дефекту та ефективність АГБТ. Вартість препаратів у аптечній мережі на момент проведення дослідження становила для «Орністату» (№ 42) – 203 грн, для рабепразолу (20 мг № 30) – 41 грн, для омепразолу (20 мг № 30) – 14,05 грн, для кларитроміцину (500 мг № 10) – 60,86 грн, для амоксициліну (500 мг № 16) – 20,20 грн, для «Де-нолу» (120 мг № 112) – 170 грн, для метронідазолу (250 мг № 20) – 8,50 грн, для тетрацикліну (100 мг № 20) – 4,0 грн. Вартість ендоскопічного обстеження на момент дослідження становила 150 грн.

Загальна клінічна ефективність у 1-й групі становила 6,0 балів, у 2-й – 4,6 бала, а інтегральний показник ефективності лікування – відповідно 5,7 та 4,2 бала.

Під час аналізу вплив різних режимів фармако-терапії на перебіг ПВ ДПК у пацієнтів обох груп встановлено позитивний вплив запропонованих лікувальних комплексів на перебіг захворювання. При цьому приріст ЯЖ у групі пацієнтів, які отримували рабепразол, кларитроміцин та орнідазол з переходом на рабепразол, становив 4,9 бала, а в групі омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну з переходом на омепразол – 3,1 бала.

При аналізі витрат на різні варіанти антигелікобактерної терапії ПВ ДПК у військовослужбовців складається враження про значне перевищення вартості лікування у 1-й групі хворих порівняно з 2-ю – в 1,7 разу (див. табл. 1). Однак при аналізі витратної ефективності та корисності витрат на різні варіанти патогенетичної терапії ПВДК з'ясувалося, що корисність витрат на курсове лікування рабепразолом, кларитроміцином і орнідазолом в 1,1 разу є вищою, ніж при лікуванні стандартними дозами омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну (див. табл. 2, 3). При цьому антигелікобактерна ефективність лікувального комплексу, який складається з омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну, не досягає значень, рекомендованих міжнародними угодами, і дає змогу досягти ерадикації *H. pylori*-інфекції лише у 65 % пацієнтів.

### Висновки

Статистичний аналіз рівня, структури та динаміки захворюваності на пептичну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки у військово-

службовців упродовж 2001–2010 рр. свідчить про підвищення захворюваності, починаючи з 2006 р. При цьому виявлено вищу захворюваність серед офіцерів, яка перевищує показники серед військовослужбовців контрактної та строкової служби, темпи зростання дещо вищі серед контрактників.

У структурі пептичної виразки спостерігається тенденція до підвищення частки ПВД за- лежно від категорії і віку військовика: серед військовослужбовців строкової служби частка ПВД становить 6 %, серед офіцерів – 14 %, а серед військових пенсіонерів – 30 %. У хворих на пептичну виразку, асоційовану з GERX, зафіксоване суттєве зростання частки ерозивної форми рефлюксної хвороби.

Лікувальний комплекс, який складається з рабепразолу, кларитроміцину та орнідазолу, у 85 % випадків дає змогу досягти клініко-ендоскопічної ремісії та ерадикації *H. pylori*-інфекції у хворих на ПВ ДПК та GERX, значно знижує кислототворення в шлунку, забезпечує функціональний спокій парієтальним клітинам і підвищений синтез протективних білків слизу покривними епітеліоцитами, а також інтенсифікує проліферативні процеси.

Ефективність лікувального комплексу, який складається з омепразолу, кларитроміцину і амоксициліну, не досягає значень, рекомендованих міжнародними угодами, і дає змогу досягнути клініко-ендоскопічної ремісії через 2 тиж лікування та ерадикації *H. pylori*-інфекції лише у 65 % хворих на ПВ ДПК та GERX.

Співвідношення витрат на лікувальні комплекси, які складаються з рабепразолу, кларитроміцину та орнідазолу і омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну в перерахунку на 1 пацієнта становить 1,7. Низька антигелікобактерна активність другого комплексу та переважання корисності витрат при застосуванні рабепразолу, кларитроміцину і орнідазолу («Орністат») дають підстави рекомендувати комплексний препарат «Орністат» для широкого застосування при лікуванні *H. pylori*-асоційованої пептичної виразки.

**Перспективи подальших досліджень.** У зв'язку зі зростанням захворюваності на кислотозалежну патологію органів травлення в Збройних силах України доцільне проведення фармако-економічного аналізу сучасних варіантів патогенетичної терапії GERX, функціональної диспепсії, *H. pylori*-негативної пептичної виразки та їх поєднання. Потребують уточнення віддалені результати економічно доцільних методів лікування.

## Список літератури

1. Бабак О.Я. Эффективность и безопасность препарата «Орнисат» в лечении пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 2 (22).— С. 75—79.
2. Градов А.П., Гриневич В.Б. Концептуальные основы определения медико-экономической эффективности лечебных процессов // Гедеон Рихтер в СНГ.— 2000.— Вып. 3.— С. 5—9.
3. Дронова О.Б., Третьяков А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и *Helicobacter pylori* // Вестн. хир. гастроэнтерол.— 2008.— № 2.— С. 57—64.
4. Осёдло Г.В., Коваль О.В. Хронічні захворювання органів травлення та їх вплив на професійну придатність військовослужбовців // Сучасні аспекти військової медицини: Зб. наук пр. ГВМКЦ «ГВКГ».— К, 2010.— Вип. 17.— С. 97—101.
5. Передерий В.Г., Ткач С.М., Кузенко Ю.Г., Скопиченко С.В. Кислотозависимые заболевания: Монография.— К: ООО «Тиса ЛТД», 2008.— 425 с.
6. Саблин О.А., Бакушкин И.А. Клинические и фармако-экономические аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium medicum. Гастроэнтерология.— 2004.— Т. 6, № 3.— С. 10—14.
7. Скрипник І.М., Вахненко А.В. Порівняльний аналіз ефективності і безпечності режимів першої лінії антигелікобактеріальної терапії у хворих на виразкову хворобу, асоційовану з *Helicobacter pylori*, із супутнім цукровим діабетом // Сучасна гастроентерол.— 2010.— № 3 (55).— С. 77—86.
8. Скрипник І.М., Осёдло Г.В. Роль резистентності слизового бар'єра верхніх відділів шлунково-кишкового тракту в патогенезі ерозивно-виразкових уражень езофагогастродуоденальної зони у військовослужбовців // Сучасна гастроентерол.— 2011.— № 3.— С. 26—33.
9. Степанов Ю.М., Латфуліна А.В., Власова О.М. «Орністат» і «Лактовіт»: складові частини комплексного лікування хвороб, асоційованих з *Helicobacter pylori* // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 2.— С. 55—61.
10. Фадєєнко Г.Д., Ткач С.М. Антигелікобактеріальна терапія: лікування по стандарту или шаблону // Сучасна гастроентерол.— 2000.— № 2.— С. 13—15.
11. Харченко Н.В., Опанасюк Н.Д., Токарь Д.В. Современные подходы к лечению больных язвенной болезнью // Сучасна гастроентерол.— 2009.— № 5.— С. 89—93.
12. Ichizaki T., Horai Y. Review article: cytochrome P450 and the metabolism of proton pump inhibitors: emphasis on rabeprazole // Aliment. Pharmacol. Ther.— 1999.— Vol. 13.— P. 27—36.
13. Joosen E.A., Reininga J.H., Manders J.M. Costs and benefits of a test-and-treat strategy in *Helicobacter pylori*-infected subjects: a prospective study in general practice // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.— 2000.— Vol. 12.— P. 319—325.
14. Lam S.K. Guidelines for therapy of *Helicobacter pylori* infection — a world perspective // *Helicobacter pylori*: basic mechanisms to clinical cure 2000.— Dordrecht; Boston; London: Kluwer Acad. publ., 2000.— P. 559—565.
15. Pantoflickova D., Dorta G., Ravic M. et al. Acid inhibition on the first day of dosing; comparison of four proton pump inhibitors // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2003.— Vol. 17.— P. 1507—1514.
16. Peterson W.L., Fendrick A.M., Cave D.R. et al. *Helicobacter pylori*-related disease: guidelines for testing and treatment // Arch. Intern. Med.— 2000.— Vol. 160, N 9.— P. 1285—1291.
17. Robinson M., Horn G. Clinical pharmacology of proton pump inhibitors // Drugs.— 2003.— Vol. 63.— P. 1—15.
18. Williams M.R., Pounder R.E. Review article: the pharmacology of rabeprazole // Aliment. Pharmacol. Ther.— 1999.— Vol. 13, suppl. 3.— P. 3—10.

И.Н. Скрыпник, Г.В. Осёдло

## Эпидемиологические, патогенетические, лечебные и фармако-экономические аспекты пептической язвы, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, у военнослужащих

Представлены результаты клинико-эпидемиологического анализа частоты, структуры пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и ее сочетания с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью у военнослужащих. Показано повышение в последние годы заболеваемости пептической язвой желудочной и дуоденальной локализации у военнослужащих Вооруженных сил Украины. Проведен фармако-экономический анализ лечебных комплексов на основе рабепразола и омепразола. Доказано достаточную антигелікобактерную активність, меньшую затратную ефективність и более высокий уровень полезности затрат при применении лечебной комбинации рабепразол + кларитромицин + орнидазол («Орністат») по сравнению с комбинацией омепразол + кларитромицин + амоксициллин.

I.M. Skrypnik, G.V. Osyodlo

## Epidemiological, pathogenetic, medical and pharmaco-economic aspects of peptic ulcer associated with gastroesophageal reflux disease in the military men

The article presents results of the clinical and epidemiological analysis of the incidence, structure of gastroduodenal peptic ulcer and its combination with gastroesophageal reflux disease in the military men. The increase in the past years of the morbidity with gastroduodenal peptic ulcer in military men has been shown. Pharmaco-economic analysis of the medical complexes based on Rabeprazole and Omeprazole has been carried out. Its results proved the sufficient antihelicobacter activity, the higher cost effectiveness and higher level of the expenses' utility at the use of the combination rabeprazole + claritromycin + ornidazole (Ornizat) in comparison with the complex omeprazole + claritromycin + amoxicillin.

---

### Контактна інформація

Скрипник Ігор Миколайович, д. мед. н., проф., зав. кафедри  
36024, м. Полтава, вул. Т. Шевченка, 23. ВДНЗ УМСА  
Тел. (5322) 243-95. E-mail: [scrin69@yandex.ru](mailto:scrin69@yandex.ru)

*Стаття надійшла до редакції 19 серпня 2011 р.*