

ПРЕПАРАТ САНПРАЗ (ПАНТОПРАЗОЛ): ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ДРУГИХ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шарова Е. П.

Областная консультативная поликлиника, Рязань

РЕЗЮМЕ

Появление в России нового ингибитора протонной помпы — пантопразола — с пролонгирующим антисекреторным действием до 46 часов открывает дополнительные возможности в лечении кислотозависимых заболеваний, в том числе ассоциированных с *Helicobacter pylori*. Проведенное исследование подтверждает рациональность, эффективность и безопасность использования пантопразола в терапии эрозивного и неэрозивного эзофагита, язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки и язвенной болезни желудка, особенно у пациентов старше 50 лет. Особое внимание уделялось предсказуемости фармакокинетики пантопразола при значениях pH, близких к нейтральным, что важно в эрадикационной терапии, а также способности длительное время удерживать показатель pH > 6 в теле желудка.

Ключевые слова: эрозивный эзофагит, неэрозивный эзофагит, язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, язвенной болезни желудка, пантопразол.

Пантопразол представляет собой ингибитор протонного насоса (H⁺-K⁺-АТФ-азы) третьего поколения, который гарантированно снижает уровень базальной и стимулированной секреции соляной кислоты в желудке. Для заживления большинства пептических язв двенадцатиперстной кишки необходимо тормозить образование HCl в желудке более чем на 90% (pH более 3) в течение 18 часов в сутки; в терапии ГЭРБ — на 99% (при pH более 4) в течение 18 часов. Как известно из исследований периода восстановления секреции соляной кислоты, это время для пантопразола составляет 46 часов, показатели лансопразола — менее 15 часов, для омепразола и рабепразола — около 23 часов, что является существенным фактором в терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, так как снижение желудочной секреции повышает чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Кроме того, пантопразол обладает собственной противомикробной активностью в отношении этой бактерии, что делает его особенно ценным в составе тройной антихеликобактерной терапии.

При выборе ИПП необходимо также руководствоваться показателями фармакокинетики:

Пантопразол хорошо абсорбируется, абсолютная биодоступность его составляет около 77%, связы-

вается с белками плазмы на 98%, максимальная концентрация в плазме отмечается через 2 часа. Пантопразол стабилен при более низких значениях pH и близких к нейтральным из-за особенности в структуре радикалов на пиридиновом и бензимидазольном кольцах, что позволяет рассчитывать на его прогнозируемые фармакокинетические свойства.

Показаниями к назначению пантопразола являются краткосрочный (до 16 недель) курс лечения эрозивного эзофагита на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), для поддерживающей терапии эрозивного эзофагита, для лечения острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки и их поддерживающей терапии, лечения патологических гиперсекреторных состояний, а также в составе антихеликобактерной терапии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ САНПРАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ С ЭРОЗИВНЫМ И НЕЭРОЗИВНЫМ ЭЗОФАГИТАМИ

ГЭРБ — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желу-

дочного и дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода. ГЭРБ в настоящее время является одним из самых распространенных заболеваний верхних отделов ЖКТ, имеющим тенденцию к увеличению распространения.

Комплексное обследование и динамическое наблюдение больных проводилось на базе Рязанской областной консультативной поликлиники врачом-гастроэнтерологом высшей квалификационной категории Е. П. Шаровой.

В исследование было включено 40 больных ГЭРБ (осложненной и неосложненной): 20 больных — с катаральным эзофагитом и 20 — с эрозивным. Больные обеих групп получали санпраз в дозе 40 и 80 мг соответственно в течение 30 дней. Средний возраст больных составил 46–57 лет, причем преобладали мужчины (60%). Клиническое обследование включало детальный расспрос больных (жалобы, данные о ранее имевшихся симптомах и признаках ГЭРБ, наличие сопутствующих заболеваний). Больным также проводились клинические, лабораторные и инструментальные исследования. Лабораторно-инструментальные исследования включали в себя клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, эндоскопическое исследование (ЭФГС) с гистологией и исследованием на *Helicobacter pylori*.

Критериями включения пациентов в лечение санпразом были наличие клинических симптомов обострения ГЭРБ (изжога, боли в эпигастрии и/или за грудиной, отрыжка воздухом и/или кислым содержимым), а также симптомов нарушения моторики верхних отделов ЖКТ (чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после еды, тошнота, рвота, срыгивание) и выявление при ЭГДС изменений слизистой оболочки пищевода. Критериями исключения явились органические или функциональные заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, тяжелые сопутствующие заболевания в стадии обострения, аллергические реакции к ИПП в анамнезе.

Оценка клинической эффективности и переносимости санпраза осуществлялась при назначении его в дозе 40 мг/сут при ГЭРБ с катаральным эзофагитом и 80 мг/сут — при ГЭРБ с эрозивным эзофагитом. Было установлено, что более чем у 90% больных с катаральным эзофагитом клиническое улучшение наступало на вторые-третьи сутки приема препарата, а на ЭФГС через 14 дней не наблюдалось признаков катарального воспаления слизистой пищевода. У больных с эрозивным эзофагитом клиническое улучшение было на 3–5-е сутки (у 90%), а эпителизация эрозий слизистой пищевода (при ЭФГС на 14-е сутки от начала терапии) — у 75%, при повторном обследовании на 30-й день лечения — у 95%. При проведении поддерживающей терапии у этих пациентов санпразом в дозе 40 мг/сутки в течение

30 дней не наблюдалось побочных явлений и на контрольной ЭФГС заживление эрозий составило 98%.

После получения и оценки этих результатов было проведено дополнительное исследование, которое заключалось в том, что было отобрано по вышеперечисленным критериям еще 10 пациентов с эрозивным рефлюкс-эзофагитом, которым санпраз назначался в дозе 40 мг/сутки в течение 14 дней. Результаты (клинические и эндоскопические) были получены идентичные тем, где суточная доза составляла 80 мг/сут.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что назначение санпраза (пантопразола) в дозе 40 мг/сут является эффективным и безопасным в целях лечения пациентов с ГЭРБ различной степени тяжести.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНПРАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ЯБДПК) И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА (ЯБЖ)

Пациенты с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки составляют значительную часть больных на приеме у гастроэнтеролога поликлиники. Многообразие различных патогенетических факторов язвенной болезни обусловило в свое время появление и большого числа лекарственных препаратов, воздействующих на различные патогенетические механизмы заболевания. Антисекреторные препараты (в настоящее время активно применяются блокаторы протонного насоса) являются средством базисной терапии обострения язвенной болезни; они назначаются с целью достижения рубцевания язвенного дефекта в более короткие сроки. Сейчас разработан и действует строгий протокол фармакотерапии обострения язвенной болезни, который предусматривает назначение выбранного препарата в конкретной дозе. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с двухнедельным интервалом (то есть через 2, 4, 6, 8 недель). Для оценки эффективности используется подсчет не средних сроков рубцевания, а количества зарубцевавшихся язв за 4, 6, 8 недель и т. д. Важным моментом в современной фармакотерапии язвенной болезни является отсутствие принципиальных различий в подходах к лечению язв желудка и язв двенадцатиперстной кишки. Сейчас считается общепризнанным, что после подтверждения доброкачественного характера язв желудка лечение этих больных проводится точно так же, как и лечение

больных с дуоденальными язвами. Единственной особенностью является продолжительность курса фармакотерапии; так, контроль рубцевания язв желудка проводится через 6 и 8 недель, а дуоденальных язв — через 4 и 6 недель.

Для оценки эффективности лечения санпразом (пантопразол) было отобрано 20 пациентов, из которых 10 — с ЯБЖ и 10 — с ЯБДПК. Критериями включения пациентов в это исследование были клиника обострения заболевания (болевой синдром, диспепсические расстройства — отрыжка кислым, изжога, тошнота, нарушение стула, рвота на высоте болей с облегчением состояния, похудание и т. д.), результаты лабораторно-инструментального исследования (клинические анализы крови и мочи, анализ кала на скрытую кровь, исследование кислотообразующей функции желудка, эндоскопическое и рентгенологическое обследования). Большое значение придавалось ЭГДС с биопсией и исследованием на *Нр* (уреазный тест), которое проводилось перед началом курса терапии пантопразолом, а также после его завершения на 30-й день.

Санпраз назначался в дозе 40 мг/сут при ЯБЖ и 80 мг/сут — при ЯБДПК в течение 5 дней с последующим уменьшением дозы до 40 мг/сут, общим курсом 30 дней. Кроме этого, проводилась и эрадикационная терапия, то есть тройная схема первой линии (пантопразол + кларитромицин 500 мг 2 раза/сут + амоксициллин 1000 мг 2 раза/сут), продолжительность эрадикационной терапии составляла 7 дней. Заживление язв было достигнуто в 90 и 100% случаев соответственно. Кроме этого, оказалось, что прием 40 мг санпраза 2 раза/сут является более эффективным, чем прием 40 мг 1 раз/сут, в плане как клинического улучшения, так и сроков рубцевания язвенного дефекта. Далее проводилась поддерживающая терапия в дозе 40 мг в 2 дня в течение 4–6 недель, а затем терапия «по требованию».

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев, Ю. В. Клинические и фармакоэкономические аспекты терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/Ю. В. Васильев//Эксперим. и клинич. гастроэнтерол. — 2002. — № 5. — С. 45–47.

По результатам уреазного теста до начала лечения санпразом у 90% больных с язвами двенадцатиперстной кишки и у 70% пациентов с язвами желудка выявлена *Helicobacter pylori*. Результат эрадикации на контроле составил 95% в обеих группах больных. Побочных эффектов не наблюдалось, аллергических реакций не было.

ВЫВОДЫ

- Применение препарата санпраз у больных осложненной и неосложненной ГЭРБ сопровождается быстрым (в течение 2–3 дней для катарального эзофагита и 3–5 дней — для эрозивного) купированием клинических симптомов (изжоги, боли в эпигастрии и/или за грудиной и другое).
- Определена оптимальная схема эффективного лечения препаратом санпраз 40 мг 1 раз/сут в течение 30 дней осложненной и неосложненной формы ГЭРБ.
- Прием санпраза при лечении ЯБЖ и ЯБ ЛДПК в дозе 40 мг 2 раза/сут является более эффективным в плане заживления язв, чем 40 мг 1 раз/сут, хотя было исследовано небольшое количество больных. Санпраз с наивысшей степенью доказательности подтвердил эффективность использования в составе тройной антихеликобактерной терапии.
- Эффект санпраза обусловлен мощным антисекреторным действием, прогнозируемыми фармакокинетическими свойствами, высокой клинической эффективностью, хорошей переносимостью и безопасностью, что позволяет применять его у больных старше 50 лет.
- Проведенные схемы лечения с использованием дифференцированного подбора дозы препарата санпраз подтвердили его высокую эффективность, и вышеописанные схемы могут быть использованы в терапии кислотозависимых заболеваний гастроэнтерологами.

2. Шептулин, А. А. Диагностика и лечение нарушений моторики желудочно-кишечного тракта/А. А. Шептулин//Рос. мед. журн. — 1997. — Т. 5, № 22.

3. Ивашкин, В. Т. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей)/В. Т. Ивашкин. — М., 2002.