

Эффективность применения Паноцида® в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

В.Н. Зорин, Ю.Ф. Бабин, М.Ю. Пластун

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное ретроградным поступлением желудочного содержимого в пищевод.

В развитых странах мира ГЭРБ достигает 30-40% среди взрослого населения и имеет тенденцию к увеличению [11,13]. Основной причиной ГЭРБ является учащенная спонтанная релаксация нижнего пищеводного сфинктера вследствие ряда причин:

- дискинезия пищевода;
- системная склеродермия (ССД);
- торопливая быстрая и обильная еда, во время которой заглатывается большое количество воздуха, что приводит к повышению внутрижелудочного давления;
- метеоризм;
- язвенная болезнь (особенно с локализацией в двенадцатиперстной кишке);
- дуоденостаз любой этиологии;
- избыточное употребление в пищу жирного мяса, тугоплавких жиров (сало), мучных изделий (макаронны, вермишель, хлеб), жареных блюд [1,5].

В патогенезе ГЭРБ имеет значение:

1. Заброс желудочного содержимого, в состав которого входят агрессивные факторы: HCl, пепсин, желчные кислоты – при дуоденогастральном рефлюксе.
2. Длительный контакт агрессив-

ных факторов со слизистой оболочкой пищевода вследствие снижения активности эзофагального клиренса в результате:

- эзофагеальной дисмоторики;
 - дисфункции слюнных желез, чему способствует: пожилой возраст, эзофагит, функциональная и органическая патология ЦНС, эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз), ССД, синдром Шегрена, лучевая терапия.
3. Снижение резистентности слизистой оболочки пищевода вследствие:
- дисфункции желез подслизистой оболочки пищевода, которая приводит к недостаточной выработке муцина, немучиновых протеинов, бикарбонатов, PGE₂;
 - нарушения регенерации слизистой пищевода в результате снижения эпителиальной защиты и дестабилизации гемодинамики, тканевого кислотно-щелочного баланса [3, 6].

Актуальность проблемы ГЭРБ заключается в развитии опасных для здоровья и жизни пациентов осложнений: пептическая язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Баррета, аденокарцинома [2, 8, 12].

В этой связи своевременная, с использованием современных и эффективных средств, фармакотерапия имеет большое значение во

избежание вышеуказанных осложнений. Базисными препаратами для лечения ГЭРБ в настоящее время являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Они снижают базальную и стимулированную желудочную секрецию вследствие ингибирования H⁺/K⁺-АТФазы, необходимой для транспорта водородных ионов из париетальных клеток слизистой желудка в его просвет [4, 7, 9].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности ИПП – Паноцида® (пантопразола 40 мг) компании «Ananta Medicare Ltd.» (Великобритания) при терапии ГЭРБ.

Учитывая длительный период лечения ингибиторами протонной помпы, необходимо отметить важность экономической составляющей терапии – Паноцид® относится к категории препаратов, доступных для широкого круга пациентов. Исследования проводились на базе терапевтического гастроэнтерологического отделения Государственного учреждения «Отделенческая клиническая больница ст. Симферополь ГП «Приднепровская железная дорога».

Материалы и методы исследования

Всего было обследовано 55 человек (35 мужчин и 20 женщин в возрасте от 35 до 56 лет) с ГЭРБ, которая диагностировалась на основании клинических, эндоскопических и морфологических

методов исследования. Проводилась также рентгенография пищевода и желудка. При этом у 20 больных была выявлена I степень тяжести ГЭРБ (по Savary-Miller), у 15 – II степень, у 10 – III степень. Частота клинических симптомов ГЭРБ представлена в таблице.

В клинической картине заболевания доминировали эзофагеальные симптомы. Наиболее частым из них была изжога, возникающая преимущественно 1 раз в неделю (51%), реже она возникала 1 раз в месяц (31%) или появлялась ежедневно (18%). У многих больных возникновение изжоги было связано с горизонтальным положением после приема пищи, с наклоном туловища вперед и с физической нагрузкой (64, 38 и 34% соответственно).

Достаточно часто наблюдалась отрыжка, в основном кислым (45%), реже – горьким (9%). Симптомы регургитации были достаточно редкими, у 73% больных они отсутствовали. Дисфагия, боли при глотании, икота и рвота встречались в небольшом проценте случаев, что составляло соответственно 11,4% и 9%.

Наблюдаемые экстракардиальные проявления выражались в виде ноющей боли в области сердца (11%), редкой суправентрикулярной экстрасистолии (7%). Кроме этого, развивалась хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия (14%), что объяснялось оккультными кровопотерями на почве эрозивных процессов в слизистой пищевода.

Панацид® назначался в дозе 40 мг/сут в течение 28 дней с последующей контрольной эндоскопией и гастробиопсией. Критериями эффективности проводимой терапии были: купирование клинических симптомов заболевания, нормализация эндоскопической картины и морфологической структуры слизистой оболочки дистального отдела пищевода.

Результаты и их обсуждение

В процессе проводимой терапии выявлено значительное улучшение субъективного самочувствия пациентов. Уже на 2-3-й день лечения отмечалось значительное уменьшение частоты и интенсивности изжоги у 65% пациентов. У 80% больных отсутствовала отрыжка, регургитация, дисфагия и боль при глотании, прекратилась боль за грудиной и в области сердца, нормализовался сердечный ритм, что подтверждалось суточным мониторингом ЭКГ. На 8-9-й день от начала лечения Панацидом® эзофагеальные и экстраэзофагеальные проявления болезни полностью купировались у всех обследованных. При эндоскопическом исследовании у 100% пациентов с I и II степенью ГЭРБ отсутствовали эрозивные изменения слизистой дистального отдела пищевода и ее воспалительный отек. Только у 5% больных с III степенью ГЭРБ вместо сливных эрозий, занимавших всю поверхность слизистой дистального отдела пищевода, регистрировались единичные эрозии. Полное заживление эрозий происходило с 4 по 8 неделю лечения.

В контрольном биопсийном материале у 85% обследованных отмечалась нормализация, а у 15% значительное улучшение морфологических проявлений заболевания.

В процессе лечения Панацидом® не было отмечено клинически значимого взаимодействия с другими лекарственными препаратами, которые применялись в комплексном лечении. Это связано с тем, что Панацид® обладает более низким, чем у других молекул ИПП, сродством с системой цитохрома P450 [14]. Побочных реакций во время терапии Панацидом® не отмечалось.

Таблица. Частота клинической симптоматики ГЭРБ у обследованных больных

Симптомы	Количество больных с процентным соотношением (указано в скобках)
Изжога:	
Ежедневно	10 (18)
1 раз в неделю	28 (51)
1 раз в месяц	17 (31)
после еды:	
в горизонтальном положении	35 (64)
в ночное время	7 (13)
при наклоне туловища вперед	21 (38)
при физической нагрузке	19 (34)
Боль:	
в области нижней трети грудины	6 (11)
в эпигастриальной области	2 (4)
жгучая	5 (9)
сжимающая	2 (4)
постоянная давящая	–
до приема пищи	–
после приема пищи	4 (7)
в ночное время	4 (7)
Регургитация:	
после еды	7 (13)
едой	1 (2)
кислым	5 (9)
горьким	4 (9)
нет	40 (73)
в горизонтальном положении	4 (7)
при наклонах и физических нагрузках	15 (27)
Дисфагия	6 (11)
Боль при глотании пищи	2 (4)
Отрыжка:	
кислым	25 (45)
горьким	5 (9)
Икота и рвота	5 (9)
Экстраэзофагеальные признаки:	
ноющая боль в области сердца	6 (11)
суправентрикулярная экстрасистолия	4 (7)
Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия	8 (14)

Заключение

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что Панацид® является высокоэффективным средством для лечения ГЭРБ, ускоряет заживление дефектов слизистой пищевода, устраняя клинические проявления заболевания. Полученные результаты дают основание для широкого применения его в клинической практике в качестве препарата первой линии.

Литература

1. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: Интерфарма, 2000.
2. Гриневич В.Б., Саблин О.А., Богданов И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Баррета. – СПб, 2001. – 29 с.
3. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 616 с.
4. Иваников И.О., Исаков В.А., Маев И.В. Рациональная диагностика и терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Тер. архив. – 2004. – №2. – С.71-75.
5. Ивашкин В.Т., Труханов А.С. Болезни пищевода. – М.: Триада, 2000. – 179 с.
6. Окорков А.М. Диагностика болезней внутренних органов. – Т.1. – М.: Медицинская литература, 2000. – 547 с.
7. Окорков А.М. Лечение болезней внутренних органов. – Т.1. – М.: Медицинская литература, 2001. – 533 с.
8. Свиницкий А.С., Дзета М.Г., Шило Г.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба як актуальна проблема сучасної клінічної практики // Український медичний часопис. – 1999. – №25.
9. Труханов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение. Болезни органов пищеварения. – 2001. Т.3. – №1. – С.23-27.
10. Шептулин А.А., Труханов А.С. Новое в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ахалазии кардии // Клиническая медицина. – 1998. – №5. – С.15-19.
11. Falc G.W. Gastroesophageal reflux disease // Current Opinion in Gastroenterology. – 1999. – Vol.15. – P.333-338.
12. Rosch T. Gastroesophageal Reflux Disease and Barrett's Esophagus // Endoscopy. – 2001. – Vol.11. – P.909-916.
13. Valle C., Broglia F., Pistorio A. et al. Prevalence and impact of symptoms suggestive of gastroesophageal reflux disease // Dig. Dis. Sci. – 1999. – Vol.44. – P.1848-1852.
14. Marc Bardou, Janet Martin // Drug Metabolism & Toxicology. – 2008. – Vol. 4, №4. – P.471-483.