

Ефективність застосування Паноциду® в лікуванні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби

В.М. Зорін, Ю.Ф. Бабін, М.Ю. Пластун

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – хронічне рецидивуюче захворювання, яке обумовлене ретроградним надходженням вмісту шлунка в стравохід.

У розвинених країнах світу ГЕРХ досягає 30-40% серед дорослого населення та має тенденцію до збільшення [11, 13]. Основною причиною ГЕРХ є прискорена спонтанна релаксація нижнього стравохідного сфінктеру внаслідок ряду причин:

- дискінезія стравоходу;
- системна склеродермія (ССД);
- багато їжі на «скорую руку», під час якої заковтується велика кількість повітря, що призводить до підвищення внутрішньошлункового тиску;
- метеоризм;
- виразкова хвороба (особливо з локалізацією у дванадцятипалій кишці);
- дуоденостаз різної етіології;
- надмірне вживання жирного м'яса, тугоплавких жирів (сало), виробів з борошна (макарони, вермішель, хліб), смажених страв [1, 5].

В патогенезі ГЕРХ має значення:

1. Закид вмісту шлунка, що містить агресивні чинники: НСІ, пепсин, жовчні кислоти при дуоденогастральному рефлюксі.
2. Тривалий контакт агресивних чинників зі слизовою оболонкою стравоходу внаслідок зниження активності езофагального

кліренсу в результаті:

- езофагеальної дисмоторики;
 - дисфункції слинних залоз, чому сприяє: похилий вік, езофагіт, функціональна та органічна патологія ЦНС, ендокринні захворювання (цукровий діабет, тиреотоксикоз), ССД, синдром Шегрена, променева терапія.
3. Зниження резистентності слизової оболонки стравоходу внаслідок:
- дисфункції залоз підслизової оболонки стравоходу, що призводить до недостатнього вироблення муцину, немудинових протеїнів, бікарбонатів, PGE₁;
 - порушення регенерації слизової стравоходу в результаті зниження епітеліального захисту та дестабілізації гемоциркуляції, тканинного кислотно-лужного балансу [3, 6].

Актуальність проблеми ГЕРХ полягає у розвитку небезпечних для здоров'я та життя пацієнтів ускладнень: пептична виразка стравоходу, стриктура стравоходу, стравохід Баррета, аденокарцинома [2, 8, 12].

У зв'язку з цим, своєчасна, з використанням сучасних і ефективних засобів, фармакотерапія має велике значення, щоб уникнути вищезазначених ускладнень. На сьогоднішні базисними препаратами для лікування ГЕРХ у теперішній час є інгібітори протонної помпи (ІПП). Вони знижують базальну та стимульовану

шлункову секрецію внаслідок інгібування H⁺/K⁺ – АТФази, яка необхідна для транспорту водневих іонів з парієтальних клітин слизової шлунку в його просвіт [4, 7, 9].

Метою нашого дослідження стало вивчення ефективності ІПП – Паноцид® (пантопрозолу 40 мг) компанії «Ananta Medicare Ltd.» (Великобританія) при терапії ГЕРХ.

З огляду на тривалий період лікування інгібіторами протонної помпи, необхідно зазначити важливість економічної складової терапії – Паноцид® відноситься до категорії препаратів, доступних для широкого кола пацієнтів. Дослідження проводились на базі терапевтично-гастроентерологічного відділення Державного закладу «Відділкова клінічна лікарня ст. Сімферополь ДП «Придніпровська залізниця».

Матеріали та методи дослідження

Усього було обстежено 55 осіб (35 чоловіків та 20 жінок у віці від 35 до 56 років) з ГЕРХ, яка діагностувалась на підставі клінічних, ендоскопічних та морфологічних методів дослідження. Проводилась також рентгенографія стравоходу та шлунку. При цьому у 20 хворих була виявлена I ступінь важкості ГЕРХ (по Savary-Miller), у 15 – II ступінь, у 10 – III ступінь. Частота клінічних симптомів ГЕРХ представлена у таблиці.

У клінічній картині захворювання домінували езофагеальні

симптоми. Найбільш частими з них була печія, яка виникала переважно 1 раз на тиждень (51%), рідше вона виникала 1 раз на місяць (31%), або проявлялась щодня (18%). У багатьох хворих виникнення печії було пов'язано з горизонтальним положенням після прийому їжі, з нахилом тулуба вперед та з фізичним навантаженням (64, 38 та 34% відповідно).

Досить часто спостерігалася відрижка, в основному кислим (45%), рідше – гірким (9%).

Симптоми регургітації проявлялись рідко, у 73% хворих вони були відсутні. Дисфагія, біль при ковтанні, гикавка та блювання зустрічались в невеликому відсотку випадків, що становило відповідно 11,4% та 9%.

Спостережувані екстракардіальні прояви, виражалися у вигляді ниючого болю в області серця (11%), рідкісної суправентрикулярної екстрасистоїї (7%). Крім того, розвивалась хронічна постгеморагічна залізодефіцитна анемія (14%), що пояснювалось окультними крововтратами на ґрунті ерозивних процесів у слизовій стравоходу.

Паноцид® призначався у дозі 40 мг/добу впродовж 28 днів з подальшою контрольною ендоскопією та гастробіопсією. Критеріями ефективності проведеної терапії були: припинення клінічних симптомів захворювання, нормалізація ендоскопічної картини та морфологічної структури слизової оболонки дистального відділу стравоходу.

Результати та їх обговорення

У процесі проведеної терапії виявлено значне поліпшення суб'єктивного самопочуття пацієнтів. Вже на 2-3-й день лікування відзначалося значне зменшення частоти та інтенсивності печії у 65% пацієнтів. У 80% хворих була відсутня відрижка, регургітація, дисфагія та біль при ковтанні, припинився біль за грудиною та в області серця, нормалізувався серцевий ритм, що підтверджувалося добовим моніторингом ЕКГ. На 8-9-й день від початку лікування Паноцидом® езофагеальні та екстраезофагеальні прояви хвороби повністю припинились у всіх обстежених. При ендоскопічному дослідженні у 100% пацієнтів з I та II ступенем ГЕРХ були відсутні ерозивні зміни слизової дистального відділу стравоходу та її запальний набряк. Лише у 5% хворих з III ступенем ГЕРХ замість зливних ерозій, які займали всю поверхню слизової дистального відділу стравоходу, реєструвалися поодинокі ерозії. Повне загоєння ерозій відбувалося з 4 по 8 тиждень лікування.

У контрольному біопсійному матеріалі у 85% обстежених відзначалася нормалізація, у 15% значне поліпшення морфологічних проявів захворювання.

При лікуванні Паноцидом® не було відмічено клінічно значущої взаємодії з іншими лікарськими препаратами, які застосовувалися в комплексному лікуванні. Це пов'язано з тим, що Паноцид® має більш низьку, ніж у інших молекул ПП, спорідненість з системою цитохрому P450 [14]. Побічних реакцій під час терапії Паноцидом® не відзначалось.

Висновок

На підставі отриманих результатів можна зробити висновок, що Паноцид® є високоефективним засобом для лікування ГЕРХ, прискорює загоєння дефектів слизової стравоходу, усуваючи клінічні прояви захворювання. Отримані результати дають підставу для широкого застосування його в клінічній практиці в якості препарату першої лінії.

Таблиця. Частота клінічної симптоматики ГЕРХ у обстежених хворих

Симптоми	Кількість хворих з процентним співвідношенням (вказано в дужках)
Печія:	
Щоденно	10 (18)
1 раз на тиждень	28 (51)
1 раз на місяць	17 (31)
після їжі:	
у горизонтальному положенні	35 (64)
у нічний час	7 (13)
при нахилі тулуба вперед	21 (38)
при фізичному навантаженні	19 (34)
Біль:	
в області нижньої третини грудини	6 (11)
в епігастральній області	2 (4)
пекуча	5 (9)
стискаюча	2 (4)
постійно тиснуча	–
до прийому їжі	–
після прийому їжі	4 (7)
у нічний час	4 (7)
Регургітація:	
після їжі	7 (13)
їжею	1 (2)
кислим	5 (9)
гірким	4 (9)
немає	40 (73)
у горизонтальному положенні	4 (7)
при нахилах та фізичних навантаженнях	15 (27)
Дисфагія	
Біль при ковтанні їжі	6 (11) 2 (4)
Відрижка:	
кислим	25 (45)
гірким	5 (9)
Гикавка та блювання	
	5 (9)
Екстраезофагеальні ознаки:	
ниючий біль в області серця	6 (11)
суправентрикулярна екстрасистоїя	4 (7)
Хронічна постгеморагічна залізодефіцитна анемія	
	8 (14)

Література

1. Бабак О.Я., Фадєєнко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: Интерфарма, 2000. – 173 с.
2. Гриневич В.Б., Саблин О.А., Богданов И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Баррета. – СПб, 2001. – 29 с.
3. Дедярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 616 с.
4. Иванков 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., Трухманов А.С. Болезни пищевода. – М.: Триада, 2000. – 179 с.
6. Окороков А.М. Диагностика болезней внутренних органов. – Т.1. – М.: Медицинская литература, 2000. – 547 с.
7. Окороков А.М. Лечение болезней внутренних органов. – Т.1. – М.: Медицинская литература, 2001. – 533 с.
8. Свіницький А.С., Дзета М.Г., Шило Г.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба як актуальна проблема сучасної клінічної практики // Український медичний часопис. – 1999. – №25.
9. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение. Болезни органов пищеварения. – 2001. Т.3, – №1. – С. 23-27.
10. Шептулин А.А., Трухманов 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., Broglio 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.