

A.N. Abdramanova, Sh.Y. Yesirkepova,
Zh.K. Sauliyeva, Z. Sh. Kadyrova, D.A. Ilyasova,
L.V. Ivanova, A.K. Omarova, A.G. Rakisheva,
D.M. Mekebekova, D.K. Suleimanova, G.B. Suleimanova,
G.B. Tleuova, A.E. Yelubai, Y.V. Khokholya,
I.K. Mukhametova, D.Zh. Dosbayeva, D.N. Seitkenov,
R.Zh. Rakhimova, R.K. Chegebayeva, K.A. Abildinova,
Zh.K. Zhekebayeva, M.V. Ilyina
Almaty c.
A.Kh. Tairbergenova, A.S. Khamzina,
M.Y. Samarkhanova, Zh.K. Turgumbayeva,
A.M. Aldanova
Astana c.

V.V. Kan, A.M. Anarbayeva, A.Y. Turtayeva,
L.Zh. Sarybasova, M.T. Abdirakhmanova, L. Sarantseva,
M. Bakiyeva, M. Tokpanbetova, G. Shardarbekova,
E. Saulenbayeva, E.Z. Baimukhanbetova.
Shymkent c.

Results of clinical studies shown that Arifon Retard meets all up-to-date requirements to first selection medicines for treatment of hypertension. Currently, Arifon Retard is the sole original medicine in Kazakhstan. Addition of Arifon Retard to the therapy will allow providing efficient arterial pressure control in patients with hypertension and concurrently minimize number of side effects in treatment of such severe and threatening disease as arterial hypertension.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОМ ЛАНСОБЕЛ (ЛАНСОПРАЗОЛ) БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ

Ф.Р. ТАЖИБАЕВА, Н.Т. ЗАКИРОВА, М.К. ПАЙЗУЛДАЕВА

Государственный университет, медицинский факультет,
кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом семейной медицины,
г. Ош

Заболевания органов пищеварения всегда находились в центре внимания врачей по причине своей значительной распространенности. Однако из большого числа болезней данной группы особое социальное положение занимает язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, поскольку по частоте она превышает всю другую патологию желудочно-кишечного тракта. По данным мировой статистики, язвенная болезнь распространена примерно у 10% взрослого населения [1, 7, 10, 21] и зачастую имеет ряд осложнений.

Наиболее частым осложнением и показанием к операции в плановой хирургии язвенной болезни является пилородуоденальный стеноз, встречающийся в 10–20% случаев [4, 6, 11, 12, 23]. За истекшие 10 лет ряд хирургов указывает на снижение частоты операций [2, 3, 7, 13, 20], другие отмечают прежнюю оперативную активность по поводу стеноза [11].

Для формирования стеноза характерны: длительное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, частые рецидивы и сочетанные осложнения, встречающиеся в 52–71,5% случаев [11, 22, 23, 24]. При очередном обострении в зоне язвенного дефекта развиваются процессы воспаления, а регенерация язвы приводит к избыточному фиброзированию и пролиферации соединительной ткани [11]. Можно ли предотвратить формирование стеноза или приостановить его развитие на начальных стадиях? В последние годы подход к оперативному лечению больных с начальными формами стеноза не столь однозначен, и ряд авторов считает возможным дать больному шанс избежать хирургического вмешательства [4, 6, 8]. В условиях современной фармакотерапии изменились характер течения и структура осложнений язвенной болезни, что требует переоценки показаний к хирургическому лечению.

Блокаторы протонного насоса занимают центральное место в многочисленном ряду лекарственных препаратов, подавляющих секрецию соляной кислоты.

Ингибирование протонного (кислотного) насоса достигается за счет угнетения H^+K^+ -АТФазы париетальных клеток. Антисекреторный эффект в данном случае реализуется не посредством блокирования каких-либо рецепторов (H_2 -гистаминовых, М-холинергических), участвующих в регуляции желудочной секреции, а путем прямого воздействия на синтез соляной кислоты. Функционирование кислотного насоса является заключительным этапом биохимических превращений внутри париетальной клетки, результатом которых является выработка соляной кислоты (рис. 1). Воздействуя на этот этап, ингибиторы протонного насоса (ИПН) вызывают максимальное торможение кислотообразования.

ИПН исходно не обладают биологической активностью. Но, являясь по химической природе слабыми основаниями, они накапливаются в секреторных канальцах париетальных клеток, где под влиянием соляной кислоты превращаются в сульфенамидные производные, которые образуют ковалентные дисульфидные связи с цистеином H^+K^+ -АТФазы, ингибируя данный фермент. Для восстановления секреции париетальная клетка вынуждена синтезировать новый белок фермента, на что требуется около 18 часов. Высокая терапевтическая эффективность ИПН обусловлена их выраженной антисекреторной активностью, в 2–10 раз более высокой, чем у H_2 -блокаторов [3, 17].

Цель работы – повысить эффективность лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом.

Задачи исследования:

1. Оценить клинические особенности и течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, в условиях современной фармакотерапии.

2. Оценить результаты консервативного лечения препаратом Лансobel больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной компенсированным стенозом, уточнить показания к хирургическому лечению.

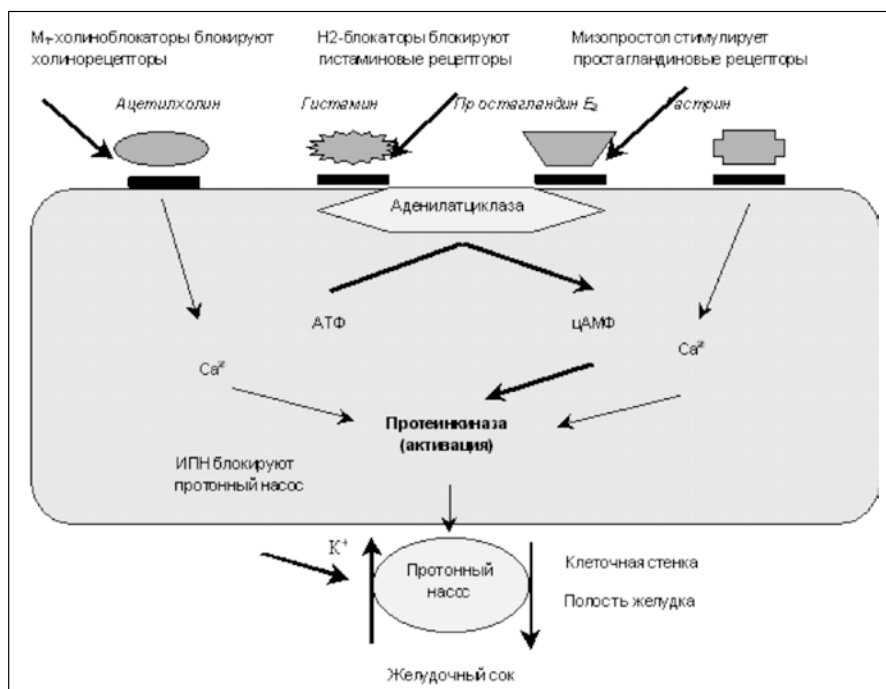


Рисунок 1. Механизмы действия антисекреторных средств

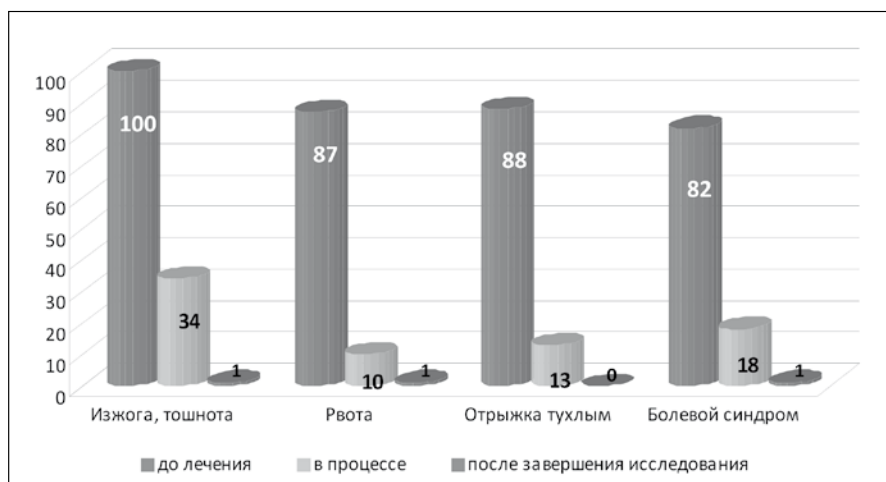


График 1. Динамика клинических показателей у больных с компенсированным стенозом привратника на фоне терапии препаратом Лансобел

Современным ингибитором протонного насоса является препарат Лансобел (лансопризол) производства АО «Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика».

Материал и методы

При применении Лансобела в дозе 30 мг максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается в течение 1,5–2 ч. Лансопризол активно метаболизируется и выводится из организма с желчью и мочой. Период полувыведения составляет 1,3–1,7 ч. Применяют Лансобел для лечения больных с пептической язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, синдромом Золлингера–Эллисона, стрессовыми язвами.

Нами на базе кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом семейной медицины были проведены ограниченные клинические испытания препарата Лансобел. В исследование были включены 40 больных (29 мужчин и 11 женщин) с язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной компенсированным стенозом привратника с повышенной желудочной секрецией. Возраст

пациентов составил в среднем $41,7 \pm 0,5$ года, длительность заболевания – 3–14 лет. У 36 больных обнаружен язвенный дефект диаметром более 0,8 см. У 18 больных при эндоскопическом исследовании был обнаружен компенсированный стеноз привратника, у 10 пациентов – субкомпенсированный стеноз привратника. Больные с компенсированным и субкомпенсированным стенозом привратника были консультированы хирургами с целью исключения оперативного вмешательства в данный момент. Эндоскопический контроль (гастродуоденофиброскопия) проводили в начале терапии, на 7–9-е сутки лечения и по окончании курса терапии (при отсутствии стеноза на 14-й день, при стенозе на 28-й день).

Лансобел назначали внутрь: при язве двенадцатиперстной кишки – 30 мг/сут (1 капсула) в течение 2–4 нед. В тяжелых случаях при компенсированном стенозе привратника дозу препарата повышают до 60 мг/сут. С целью антихеликобактерной терапии больным назначали антибактериальную терапию из группы макролидов – Роксibel (рокситромицин) в дозе 150 мг 2 раза в сутки после еды.

Крайне важна модификация образа жизни. Многие больные язвенной болезнью злоупотребляют алкоголем, курят, занимаются непосильным для них физическим трудом, почти половина больных с язвенной болезнью имеет признаки астенизации нервной системы и находится в состоянии хронического стресса; бичом язвенной болезни является хроническое переедание. Вред всех этих факторов нужно как можно доступнее объяснить пациенту и убедить его изменить

свое отношение к собственному здоровью. Важно настроить больного на неукоснительное соблюдение рекомендаций на протяжении продолжительного времени, так как в большинстве случаев требуются длительное лечение.

Результаты и обсуждение

На фоне проводимой терапии препаратом Лансобел произошла положительная динамика как клинических, так и эндоскопических показателей болезни.

Как видно из графика 1, произошла положительная динамика клинических показателей болезни. Если в начале терапии почти у всех больных отмечались изжога и тошнота, то в конце 1-й недели у трети больных намечалась положительная динамика этих клинических показателей. У одного больного на второй день исчезли изжога и тошнота. Рвота и болевой синдром также имели тенденцию к снижению. Причем клинический показатель стеноза – отрыжка тухлым была купирована у всех больных к концу курса терапии.

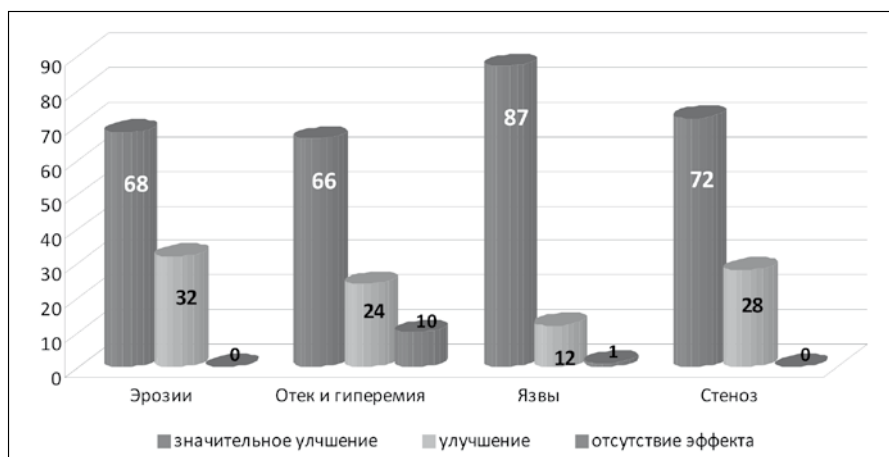


График 2. Динамика эндоскопических показателей у больных с компенсированным стенозом привратника на фоне терапии препаратом Лансobel

Как видно из графика 2, произошла положительная динамика эндоскопических показателей болезни. Если в начале терапии почти у всех больных отмечались отек и гиперемия слизистой, эрозии и язвы двенадцатиперстной кишки, то в конце 1-й недели у трети больных намечалась положительная динамика этих эндоскопических показателей. Лансobel обеспечивал более быстрое заживление и более раннее стихание симптомов при язвах двенадцатиперстной кишки. После 2-недельного курса лечения препаратом Лансobel в дозе 30 мг ежедневно полное заживление дуоденальных язв отмечено у 89% больных.

Таким образом, терапия язвы двенадцатиперстной кишки с использованием препарата Лансobel ускоряет рубцевание язв, способствует быстрому купированию болевого синдрома и снижению кислотообразующей функции желудка. Автор исследования делает вывод о возможности применения данной схемы лечения у больных с язвой двенадцатиперстной кишки. Это согласуется с данными других авторов [17], которые включают лансопразол, антациды и метронидазол в схемы лечения кислотозависимых заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных хирургического профиля. Использование лансопразола при язве двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, позволяет у большинства пациентов избежать возникновения повторного кровотечения и ускорить рубцевание язвы. Профилактическое применение лансопразола способствует снижению риска развития желудочно-кишечных кровотечений у больных в послеоперационный период и улучшает результаты лечения [18].

Ограниченное клиническое испытание препарата Лансobel также проводили в гастроэнтерологическом отделении филиала территориальной городской больницы №3. Под наблюдением находились 20 больных: 6 – с пептической язвой желудка, 14 – с пептической язвой в области луковицы двенадцатиперстной кишки. Критериями включения в исследование были язвенный дефект диаметром более 1 см, выраженные болевой и диспепсический синдромы, наличие осложненной язвы в анамнезе, деформация и рубцевание луковицы двенадцатиперстной кишки. В первые 2–3 дня лечения препарат назначали по 30 мг 2 раза в сутки, после купирования болевого и диспепсического синдромов – по 30 мг на ночь. Контрольную гастродуоденофиброскопию проводили в сроки от 14 до 20 дней от начала лечения.

По данным эндоскопического контроля, в результате проведенного лечения у всех больных отмечено купирование болевого и диспепсического синдромов

через 1–3 сут и достигнуто рубцевание язвы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что включение препарата Лансobel производства АО «Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика» в комплексную терапию пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки способствует быстрому купированию клинических симптомов и рубцеванию язв.

Выводы

1. Применение препарата Лансobel у больных с субкомпенсированным и компенсированным стенозом привратника способствует купированию клинических симптомов и рубцеванию язвенных дефектов

2. Применение ингибиторов протонной помпы, в частности Лансobel, способствует латентному и лёгкому течению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в 96,2% случаев, что при некорректной терапии маскирует формирование стеноза.

3. Корректная медикаментозная терапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнённая компенсированным стенозом, не потребовала оперативного вмешательства у всех 100% больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сулаберидзе Е.В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной медицине // РМЖ. – 2006. №6. – С. 9-11;
2. Крылов Н.Н. Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2007. – №1. – С. 25-304;
3. Чернякевич С.А., Бабкова И.В., Михалев А.И. Результаты лечения ингибиторами протонной помпы осложненных дуоденальных язв до и после оперативных вмешательств // Клиническая медицина, 2002, №9. – С. 52-54;
4. Гончаров Н.Н. Алгоритм прогнозирования осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Журн. Синдральной хирургии, 2002. – №1. – С. 10-12;
5. Wang L.J., Cai J.T., Chen T., et al. The effects of Helicobacter pylori infection on hyperammonaemia and hepatic encephalopathy in cirrhotic patients. // Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2006. – Aug. – N 45(8):654-657;
6. Eypash E., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. et al. Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of new instrument // Br J Surg. 2005. – Vol. 82, №3;
7. Крылов Н.Н. Мифы и реалии современного учения о язвенной болезни // Сб. тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки». – Сочи, 2006;
8. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Д. Лечение язвенной болезни: новый век – новые достижения – новые вопросы // РМЖ. Приложение: Болезни органов пищеварения. 2002. Т. 4, №1. – С. 20-24;
9. Dunn D.C., Thomas W.E., Hunter J.O. Highly selective vagotomy and pyloric dilatation for duodenal ulcer with stenosis // Br.J.Surg. – 2001. -Vol. 68, N3.-P. 194-196;
10. Самсонов В.А. Язвенная болезнь. – Петрозаводск: Карелия, 1995. – 261 с.;
11. Синенченко Г.И., Курыкин А.А., Демко А.Е. и др. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки – М., СПб, Фолиант, 2007. – 192 с.;
12. Соколова Г.Н., Потапова В.Б., Трубицына И.Е. Критерии оценки заживления язвы желудка // Журн. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – №1. – С. 180;
13. Аруин Л.И. Качество заживления гастродуоденальных

язв: функциональная морфология, роль методов патогенетической терапии. // Журн. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. №5. – С. 40-49; **14.** Баранская Е.К. Патогенез язвенной болезни // РМЖ. Приложение: Болезни органов пищеварения – 2000, Т. 2. – №2. – С. 29-40. **15.** Григорьев П.Я., Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И. и др. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. – М., 2001. – 56 с.; **16.** Ерёмина Е.Т.Ю., Ткаченко Е.И. Язвенная болезнь. Лечение болезней органов пищеварения. – Саратов: Ковылк. тип., 2006. – 106 с.; **17.** Исаков В.А. Ингибиторы протонного насоса: их свойства и применение в гастроэнтерологии. – М.: ИКЦ Академкнига, 2001. – 304 с.; **18.** Исаков В.А. Современная антихеликобактерная терапия // Клиническая фармакология и терапия, 2002. – Т. 11, №1. – С. 1-8; **19.** Лазебник Л.Б., Морозов И.А., Ильченко А.А. и др. Проблемы и перспективы исследований инфекции *Helicobacter pylori* // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – №1. – С. 4-14; **20.** Лапина Т.Л., Ивашкин В.Т. Современные подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // РМЖ. Приложение: Болезни органов пищеварения 2001. – Т. 3, №1. – С. 10-15; **21.** Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни: пособие для врачей / Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. и др. – М.: МЗ РФ, 2002. – 30 с.; **22.** Рухляда Н.В., Назаров В.Е., Ермолаев И.А. Диагностика и лечение язвенной болезни, осложнённой стенозом. – СПб.: Издательство ДЕАН, 2006. 240 с.; **23.** Рычагов Г.П. Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии. Минск.: Выш. шк., 1993. – 183 с.; **24.** Щербинина М.Б., Короленко А.С. Язвенная болезнь желудка: особенности морфогенеза осложнений // Морфология. – 2007. – Т.1, №1. – С. 124-129.

Т Ы Ж Ы Р Ы М

КОМПЕНСАЦИЯ ЛАНГАН СТЕНОЗБЕН АСҚЫНҒАН ҰЛТАБАРДЫҢ ОЙЫҚ ЖАРАСЫ АУРУЫМЕН АУЫРАТЫН- ДАРДЫ ЛАНСОБЕЛ (ЛАНСОПРАЗОЛ) ПРЕПАРАТЫМЕН КОНСЕРВАТИВТІ ЕМДЕУДЕГІ ЖАҢА ТӘСІЛДЕР

Ф.Р. Тәжібаева, Н.Т. Закирова, М.К. Пайзулдаева

*Мемлекеттік университет,
медициналық факультет, отбасылық
медицина курсымен ішкі аурулар
пропедевтикасы кафедрасы, Ош қ.*

Аталған жұмыста компенсацияланған стенозбен асқынған ұлтабардың ойық жарасы ауруымен ауыратындарды Лансobel препаратымен консервативтік емдеу нәтижелері көрсетілген, хирургиялық емдеуде көрсетілімдер нақтыланған.

Негізгі сөздер: ұлтабардың ойық жарасы ауруы, Лансobel, протондық помпа ингибиторлары.

S U M M A R Y

NEW APPROACHES TO MEDICAL TREATMENT WITH LANSOBEL (LANSOPRAZOLE) IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER COMPLICATED WITH COMPENSATED STENOSIS

F.R. Tazhibayeva, N.T. Zakirova, M.K. Payzuldadeva

*State University, the Faculty of Medicine,
Department of medical diseases propaedeutics
including course of family medicine, Osh c.*

This work presents the results of conservative treatment with Lansobel patients with duodenal ulcer complicated by compensated stenosis, to clarify the indications for surgical treatment.

Key words: peptic duodenal ulcer, Lansobel, proton pump inhibitors.

ПРИМЕНЕНИЕ ТАМИПУЛА В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

К.Ш. ЖЫЛКЫБАЕВА

*Медицинский центр Государственного медицинского университета,
г. Семей*

На клинической базе гастроэнтерологического отделения Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей было проведено исследование препарата Тамипул фирмы «CelltrionPharm. Inc.», Корея, ТОО «СП ГлобалФарм».

Материал и методы

Было проведено рандомизированное исследование 60 больных с диагнозом: Язвенная болезнь желудка, 12ПК. Показателями для включения в исследование явились: возраст от 32 до 60 лет. Показателями для исключения в исследование были: беременность, период лактации, детский и подростковый период до 18 лет, повышенная чувствительность к компонентам препарата. Больные были разделены на две группы.

Первая группа в составе 30 человек с диагнозом: Язвенная болезнь желудка, 12ПК, получала препарат Тамипул 713,78 мг (5 мл) на 500 мл 5% глюкозы в/в капельно 1 раз в день в течение 10 дней на фоне традиционной терапии. Средний возраст больных составил 38±1,2 года. Длительность заболевания 13±1,4 года.

Контрольную группу составили 30 человек с диагнозом: Язвенная болезнь желудка, 12ПК, получали традиционную базисную терапию без препарата Тамипул. Средний возраст составил 40±1,1 года. Длительность заболевания 14±1,2 года.

Тамипул – поливитамин, представлен в виде порошка для приготовления раствора для инъекций. В состав препарата входят активные вещества: кислота аскорбиновая 100 мг, витамин А 3300 МЕ, эргокальциферол 200 МЕ, тиамин гидрохлорид 3,81 мг (эквивалентно 3 мг тиамин), рибофлавин натрия фосфат 3,60 мг, пиридоксин гидрохлорида 4,86 мг (эквивалентно 4 мг пиридоксин), никотинамид 40 мг, декспантенол 15 мг, токоферола ацетат 10 мг, биотин 60 мкг, кислота фолиевая 400 мкг, цианокобаламин 5 мкг, вспомогательные вещества: D-маннитол, полисорбат 20, полисорбат 80, натрия гидроксид.

Кислота аскорбиновая восполняет дефицит витамина С, оказывает метаболическое, антиоксидантное действия, регулирует окислительно-восстановительные процессы. Регулирует транспорт водорода во многих биохимических реакциях, улучшает использование глюкозы в цикле трикарбоновых кислот, участвует в образовании тетрагидрофолиевой кислоты и регенерации тканей, синтезе стероидных гормонов, коллагена. Поддерживает коллоидное состояние межклеточного вещества и нормальную проницаемость капилляров, активизирует протеолитические ферменты, участвует в обмене холестерина, пигментов, способствует накоплению в печени гликогена. Регулирует иммунологические реакции (активирует синтез антител,