

УДК 616.33-002.2:615.243

Е.А. ИЗАТУЛЛАЕВ, Л.К. ТАШЕНОВА, И.О. ГРИДИН

Институт гастроэнтерологии, г. Алматы, Республика Казахстан

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ПАНТОПРАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА



Изатуллаев Е.А.

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* у больных ЯБ двенадцатиперстной кишки при применении пантопразола (Контролок®) амоксициллина (Флемоксин-Солютаб) и нифурателя (Макмирор) в схеме секвентальной эрадикационной терапии I линии. В исследование включено 100 пациентов с ЯБ двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*, в возрасте от 21 до 62 лет (средний возраст составил $34,4 \pm 1,3$ года), в том числе 36 женщин и 64 мужчин.

У 100 больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР), оценивали эффективность и переносимость секвентальной тройной терапии с использованием пантопразола в дозе 40 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, амоксициллина в дозе 1000 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней и затем нифурател в дозе 1200 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Длительность заболевания варьировала от 1 года до 23 лет и составила в среднем $7,5 \pm 2,7$.

Комплаентность среди пациентов составила 100% (100 человек из 100). В первой исследовательской точке анализ полученных клинических данных показал, что безболевого течения отмечал 21 (20%) пациент. К следующей контрольной точке болевой синдром был купирован полностью у всех пациентов. Анализ эффективности эрадикации инфекции *H. pylori* был оценен в третьей исследовательской точке при помощи диагностических методов: быстрого уреазного теста. Отмечена высокая эффективность тройной терапии – частота эрадикации НР составила 90% у пациентов, включенных в протокол исследования, и 92,0% – у пациентов, полностью выполнивших программу лечения. Полное заживление отмечено у 100% пациентов в течение 6–8 недель с обязательным контролем эрадикации. Эрадикация считалась успешной при отрицательных результатах уреазного теста.

Выводы:

1. Эффективность эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* у больных ЯБ двенадцатиперстной кишки при применении пантопразола (Контролок®) достоверно выше (90%), в схеме тройной секвентальной эрадикационной терапии I линии, и полностью соответствует современным требованиям.

2. При проведении эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* у больных ЯБ в качестве базового ИПП можно рекомендовать использование пантопразола за счет большей эффективности и безопасности по сравнению с дженериками омепразола.

3. Контролок® имеет более низкую аффинность к системе цитохрома P-450 и в меньшей степени взаимодействует с ней, таким образом, отсутствует клинически значимое лекарственное взаимодействие. Кроме того, пантопразол имеет максимальную pH-селективность среди ИПП, что дает лучшую переносимость.

4. Предложенная схема секвентальной тройной терапии с применением пантопразола, нифурателя и амоксициллина полностью соответствует современным требованиям, предъявляемым к терапевтическим режимам, которые используются в целях эрадикации НР и может быть рекомендована для широкого клинического применения.

Ключевые слова: Контролок®, секвентальная схема эрадикация Нр, язвенная болезнь 12-перстной кишки.

Показания и схемы лечения хеликобактериоза определены международным соглашением, именуемом: в октябре 2016 г. в журнале «Gut» был опубликован новый Маастрихтский консенсус – пятый (Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report) [1].

Известно, существует различных вариантов терапии: в том числе секвентальная последовательная (сначала ингибитор протонной помпы + 1 антибиотик, далее этот антибиотик меняется на другой антибактериальных элементов.

По данным многочисленных исследований, выполненных с позиций доказательной медицины, проведение эрадикационной терапии способствовало значительному снижению заболеваемости и частоты осложнений ЯБ в большинстве экономически развитых стран. По данным J. Mones et al. [2] противорецидивный эффект эрадикационной терапии в 10 раз эффективнее обычной «традиционной» антисекреторной терапии ЯБ двенадцатиперстной кишки.

Главным критерием при выборе антихеликобактерной терапии на сегодняшний день продолжает оставаться ее

Контакты: Изатуллаев Елдос Абдыкалыкович, д-р мед. наук, профессор, врач-консультант, ТОО «Институт гастроэнтерологии», г. Алматы. Тел.: + 7 777 212 36 38.

Contacts: Eldos A. Izatullaev, Doctor of Medical Sciences, Professor, consultant physician, of LLP "Institute of gastroenterology", Almaty c. Ph.: + 7 777 212 36 38.

эффективность. Согласно рекомендациям American College of Gastroenterology, разумным целевым уровнем эрадикации *H. pylori* следует считать 80–90%. Действующие рекомендации АНГЭК по диагностике и лечению инфекции *H. pylori*, основанные на V Маастрихтском соглашении, определяют, что эрадикация инфекции должна быть достигнута как минимум в 80% случаев [3].

Кроме того, широко известным фактом является высокий профиль безопасности пантопразола. В отличие от других ИПП, пантопразол практически не оказывает влияния на фармакокинетику других препаратов, метаболизирующихся в печени системой цитохрома P450. Это позволяет отдавать предпочтение пантопразолу в случаях, когда необходимо назначать несколько препаратов со сходным путем метаболизма в печени, так как только в этом случае врач может быть уверен в отсутствии риска развития симптомов передозировки или уменьшении эффекта этих препаратов. В многочисленных работах показано, что пантопразол не оказывает влияния на метаболизм клопидогреля, глибенкламида, нифедипина, диазепам, диклофенака, карбамазепина, варфарина, теофиллина и других широко используемых препаратов. Это позволяет считать пантопразол наиболее безопасным ИПП.

Эрадикационная схема первой линии, включает секвентальную (ступенчатая) тройную терапию: [4] пантопразол-ингибитор Н⁺,К⁺-АТФ-фазы, амоксициллин и нифуратель. Указанная схема рекомендуется для тех случаев, когда первичная устойчивость к кларитромицину находится на уровне менее 15-20% [5].

Очень важным элементом эрадикационной терапии является эффективная кислотосупрессия. При повышении рН хеликобактерии становятся чувствительными к антибиотикам (амоксициллину). Поэтому применение ингибиторов протонной помпы является обязательным в **антихеликобактерной терапии, причем, как отмечено в консенсусе**, они должны назначаться обязательно дважды в день. В консенсусе также обращается внимание на то, что эффективность более старых ингибиторов протонной помпы (омепразол и лансопразол) может быть ниже из-за полиморфизма цитохрома 2C19. Поэтому предпочтение отдается более новым ингибиторам протонной помпы: например пантопразол, причем для эрадикационной терапии рекомендуются высокие дозы препаратов (например, рассмотрен Контролок® 40 мг 2 раза в сутки) [6].

В случае необходимости эндоскопии в диагностике пациентов методом выбора является быстрый уреазный тест, который имеет 90% чувствительность и 95-100% специфичность. Квадротерапия рекомендуется для проведения эрадикации антибиотикорезистентных штаммов *H. pylori*, при неудачном предыдущем лечении [7].

В её состав входят ингибитор Н⁺, К⁺-АТФазы, амоксициллин или нифуратель/фуразолидон и субцитрат висмута. Метронидазол исключён из существующих схем, поскольку в Казахстане количество штаммов *H. pylori*, резистентных к метронидазолу превышает 30%. Частота серьезных побочных эффектов, обусловивших отмену лечения, составила 3,0% и может быть признана приемлемой [8].

Кроме того, установлено, что все ИПП необратимо ингибируют молекулу К⁺/Н⁺-АТФ-азы (протонную помпу) за счет ковалентной связи с цистеином протонной помпы в

813 позиции. Пантопразол также связывается и с глубоким цистеином в 822 позиции. Возможно, именно поэтому, в результате более прочной связи с К⁺/Н⁺-АТФ-азой, продолжительность ингибирования желудочной секреции при использовании пантопразола достигает 46 часов. Вероятно, именно эти свойства пантопразола в ряде проведенных сравнительных исследований и определили большую клиническую эффективность препарата по сравнению с другими ИПП [9].

Учитывая факты определенных преимуществ пантопразола над другими ИПП, а также явную зависимость эффективности эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* от выраженности и длительности кислотоподавления в желудке, весьма актуальным представляется определение возможных преимуществ применения пантопразола при проведении секвентальной антихеликобактерной терапии [10, 11].

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* у больных ЯБ двенадцатиперстной кишки при применении пантопразола (Контролока®), амоксициллина (Флемоксин-Соллютаб) и нифурателя (Макмирор) в схеме секвентальной эрадикационной терапии I линии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе гастроэнтерологического отделения Университетской клиники КазНМУ проведено открытое сравнительное проспективное исследование. В исследование включены 100 пациентов с ЯБ двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*, в возрасте от 21 до 62 лет (средний возраст составил 34,4±1,3 года), в том числе 36 женщин и 64 мужчин.

Методика:

У 100 больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (HP), оценивали эффективность и переносимость секвентальной тройной терапии с использованием пантопразола в дозе 40 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, амоксициллина в дозе 1000 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней и затем нифурател в дозе 1200 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Дизайн исследования предусматривал три исследовательские точки: первичный скрининг и включение в исследование, курс эрадикационной терапии в течение 10 дней, последующий период наблюдения в течение 6–8 недель с обязательным контролем эрадикации.

Критерии включения в исследование:

- наличие одной или более дуоденальных язв (вне зависимости от размера) по данным ЭГДС;
- подтвержденное наличие *H. pylori*;
- подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- осложнения ЯБ (кровотечения, перфорации), развившиеся во время текущего обострения, а также стеноз выходного отдела желудка;
- сопутствующая ГЭРБ;
- ранее проведенная эрадикационная терапия первой линии (включающая ИПП и два антибиотика);
- прием любых антибиотиков в течение предыдущего месяца до начала текущего исследования;

- наличие в анамнезе указаний на оперативные вмешательства на пищеводе, желудке или двенадцатиперстной кишке;

- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний различных органов и систем (сердечная, почечная, печеночная, дыхательная недостаточность);

- известная гиперчувствительность к ИПП, антибиотикам группы пенициллина, макролидам;

- одновременный прием аспирина или нестероидных противовоспалительных средств;

- беременность или лактация;

- психические расстройства, злоупотребление алкоголем.

Для обследования были использованы следующие методы:

- клинические (сбор жалоб и анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация); всем пациентам выдавался дневник, в котором ежедневно в течение 28 дней пациенты фиксировали выраженность таких симптомов, как боль в животе, отрыжка, тошнота, рвота, диарея, запор, а также побочные явления препаратов, если таковые возникали;

- лабораторные (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи);

- инструментальные методы исследования (ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭКГ);

- для первичной диагностики инфекции *H. pylori* контроля эрадикации инфекции использовали диагностический метод: быстрый уреазный тест (в соответствии с рекомендациями АНГЭК по изучению *H. pylori*).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы приложения Microsoft – Statistica 6.0. Для установления достоверности различий при сравнении результатов для переменных с нормальным распределением использовался t-критерий Стьюдента. Данные представлены как среднее $\pm$ стандартное отклонение для переменных с нормальным распределением. Критерием достоверности считалось $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Длительность заболевания варьировала от 1 года до 23 лет и составила в среднем $7,5 \pm 2,7$.

Комплаентность среди пациентов составила 100% (100 человек из 100). В первой исследовательской точке анализ полученных клинических данных показал, что безболевого течения отмечал 21 (20%) пациент. Изучение интенсивности болевого синдрома показало, что в обеих группах преобладали пациенты с умеренным болевым синдромом. Помимо болевого синдрома отмечался также диспепсический синдром. Во второй исследовательской точке, после проведенного 10-дневного курса эрадикационной терапии, болевой абдоминальный синдром был купирован у 86,6% в группе больных, в остальных случаях боль сохранялась, но уменьшилась по продолжительности и выраженности и характеризовалась больными как слабая или умеренная. К следующей контрольной точке болевой синдром был купирован полностью у всех пациентов.

Анализ эффективности эрадикации инфекции *H. pylori* был оценен в третьей исследовательской точке при помощи диагностического метода: быстрого уреазного теста. От-

мечена высокая эффективность тройной терапии – частота эрадикации НР составила 90% у пациентов, включенных в протокол исследования, и 92,0% – у пациентов, полностью выполнивших программу лечения. Полное заживление отмечено у 100% пациентов в течение 6–8 недель с обязательным контролем эрадикации.

Эрадикация считалась успешной при отрицательных результатах уреазного теста [12].

ВЫВОДЫ

1. Эффективность эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* у больных ЯБ двенадцатиперстной кишки при применении пантопразола (Контролок®) достоверно выше (90%), в схеме тройной секвентальной эрадикационной терапии I линии, и полностью соответствует современным требованиям.

2. При проведении эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* у больных ЯБ в качестве базового ИПП можно рекомендовать использование пантопразола за счет большей эффективности и безопасности по сравнению с дженериками омепразола.

3. Контролок® имеет более низкую аффинность к системе цитохрома P450 и в меньшей степени взаимодействует с ней, таким образом отсутствует клинически значимое лекарственное взаимодействие. Кроме того, пантопризол имеет максимальную pH-селективность среди ИПП, что дает лучшую переносимость.

4. Предложенная схема секвентальной тройной терапии с применением пантопразола, нифуратела и амоксициллина полностью соответствует современным требованиям, предъявляемым к терапевтическим режимам, которые используются в целях эрадикации НР и может быть рекомендована для широкого клинического применения.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 European Helicobacter Pylori Study Group. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht Consensus Report // Gut. – 1997. – Vol. 41(1). – P. 8-13
- 2 Malfertheiner P., Mégraud F., O'Morain C. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht IV/Florence Consensus Report // Gut. – 2012. – Vol. 61(5). – P. 646-664
- 3 Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Яковенко А.В., Иванов А.Н., Прянишникова А.С., Волошейникова Т.В., Григорьева Ю.В., Краснолобова Л.П. Применение пантопразола в схемах последовательной терапии Helicobacter pylori-инфекции // Фарматека. – 2013. - №2 (255). – С. 52-58
- 4 Sugano K., Tack J., Kuipers E.J. et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis // Gut. – 2015. – Vol. 64(9). – P. 1353-1367
- 5 Malfertheiner P. The intriguing relationship of Helicobacter

pylori infection and acid secretion in peptic ulcer disease and gastric cancer // *Dig Dis.* – 2011. – Vol. 29. – P. 459-464

6 Ferwana M., Abdulmajedl, Alhajiahmed A. et al. Accuracy of urea breath test in *Helicobacter pylori* infection: meta-analysis // *World J Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 21. – P. 1305-1314

7 Malfertheiner P. Diagnostic methods for *H. pylori* infection: choices, opportunities and pitfalls // *United European Gastroenterol J.* – 2015. – Vol. 3. – P. 429-431

8 Изатуллаев Е.А. Новые рекомендации по диагностике и лечению больных с распространенными заболеваниями органов пищеварения. Справочник врача. – Алматы, 2013. – 336 с.

9 Mones J., Rodrigo L., Sancho F. et al. Erradicacion de *Helicobacter pylori* versus tratamiento de mantenimiento durante un ano: eficacia sobre la recidiva y la gastritis // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2001. Vol. 93 (6). P. 372–380

10 Thung I., Aramin H., Vavinskaya V. et al. Review article: the global emergence of *Helicobacter pylori* antibiotic resistance // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2016. – Vol. 43. – P. 514-533

11 Изатуллаев Е.А. Оценка современного состояния эрадикационной терапии при *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваниях // *Человек и лекарство-Казахстан.* – 2011. - №2. – С. 25-29

12 Vaira D, Zullo A, Vakil N, et al. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a randomized trial // *Annals of Internal Medicine.* – 2007. – Vol. 146(8). – P. 556–563

13 Thung I., Aramin H., Vavinskaya V. et al. Review article: the global emergence of *Helicobacter pylori* antibiotic resistance // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2016. – Vol. 43. – P. 514-533

REFERENCES

1 European *Helicobacter Pylori* Study Group. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. *Gut.* 1997;41(1):8-13

2 Malfertheiner P, Mégraud F, O'Morain C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection - the Maastricht IV/Florance Consensus Report. *Gut.* 2012;61(5):646-64

3 Yakovenko EP, Agafonova NA, Yakovenko AV, Ivanov AN, Pryanishnikova AS, Volosheiknikova TV, Grigorieva YuV, Krasnolobov LP. The use of pantoprazole in sequential therapy regimens of *Helicobacter pylori* infection. *Farmateka = Farmateka.* 2013;2(255):52-8 (In Russ.)

4 Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut.* 2015;64(9):1353-67

5 Malfertheiner P. The intriguing relationship of *Helicobacter pylori* infection and acid secretion in peptic ulcer disease and gastric cancer. *Dig Dis.* 2011;29:459-64

6 Ferwana M, Abdulmajedl, Alhajiahmed A, et al. Accuracy of urea breath test in *Helicobacter pylori* infection: meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2015;21:1305-14

7 Malfertheiner P. Diagnostic methods for *H. pylori* infection: choices, opportunities and pitfalls. *United European Gastroenterol J.* 2015;3:429-31

8 Izatullaev E.A. New recommendations for the diagnosis and treatment of patients with advanced diseases of the digestive system. Handbook. Almaty, 2013. 336 p.

9 Mones J, Rodrigo L, Sancho F, et al. Erradicacion de *Helicobacter pylori* versus tratamiento de mantenimiento

durante un ano: eficacia sobre la recidiva y la gastritis. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2001;93(6):372–380 Thung I, Aramin H, Vavinskaya V, et al. Review article: the global emergence of *Helicobacter pylori* antibiotic resistance. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016;43:514-33

10 Thung I, Aramin H, Vavinskaya V, et al. Review article: the global emergence of *Helicobacter pylori* antibiotic resistance. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016;43:514-33

11 Izatullaev EA. Evaluation of the current state of eradication therapy for *Helicobacter pylori*-associated diseases. *Che-loveki i lekarstvo-Kazakhstan = Man and medicine-Kazakhstan.* 2011;2:25-9 (In Russ.)

12 Yakovenko EP, Agafonova NA, Yakovenko AV, Ivanov AN, Pryanishnikova AS, Volosheiknikova TV, Grigorieva YuV, Krasnolobov LP. The use of pantoprazole in sequential therapy regimens of *Helicobacter pylori* infection. *Farmateka = Farmateka.* 2013;2(255):52-8 (In Russ.)

13 Vaira D, Zullo A, Vakil N, et al. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine.* 2007;146(8):556–63

ТҰЖЫРЫМ

Е.А. ИЗАТУЛЛАЕВ, Л.К. ТАШЕНОВА, И.О. ГРИДИН

Гастрозентерология институты, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

HELICOBACTER PYLORI АССОЦИАЦИЯЛАНҒАН ГАС-ТРИТТИ ЕМДЕУДЕ ПАНТОПРАЗОЛДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ АРТЫҚШЫЛЫҚТАРЫ

Зерттеудің мақсаты 1 желідегі секвентальды эрадикациялық терапияның схемасында амоксициллин пантопразолы (Контрола®) (Флемоксин-Солютаб) және нифурательді (Макмирор) қолдану кезінде ұлтабар ойықжарасы бар науқастардағы *H. Pylori* инфекциясының эрадикациялық терапиясының тиімділіне салыстырмалы бағалау жүргізу болды. Зерттеуге *H. Pylori*-мен ассоциирленген, ұлтабардың ойықжарасы бар 21 жастан 62 жасқа дейінгі (орташа жасы 34,4±1,3 жыл) 100 пациент, оның ішінде 36 әйел және 64 ер адам тартылды.

*Helicobacter pylori*мен (HP) ассоциирленген асқазан және ұлтабар ойықжарасы бар 100 науқаста 10 күн аралығында тәулігіне 2 рет 40 мг дозасында пантопразол, 5 күн аралығында тәулігіне 2 рет 1000 мг дозасында амоксициллин және осыдан кейін 5 күн аралығында тәулігіне 3 рет 1200 мг дозасында нифурателді қолданумен секвентальды үш еселі терапияны жүргізудің тиімділігі мен төзімділігі бағаланды.

Аурудың ұзақтығы 1 жылдан 23 жылға дейін құбылып отырды және орташа 7,5±2,7 құрады.

Пациенттер арасындағы жиынтықтылығы 100% (100-ден 100 адам) құрады. Бірінші зерттеу шегінде алынған клиникалық деректердің талдауы 21 (20%) пациенттің ауырсынусыз ағымды байқағанын көрсетті. Келесі бақылау шегінде ауырсыну синдромы барлық пациенттерде толығымен басылды.

H. pylori инфекциясы эрадикациясының тиімділігіне талдау жасау диагностикалық әдіс: жылдам уреазды тест жүргізудің көмегі арқылы үшінші зерттеу шегінде бағаланды. Үш еселі терапияның жоғары тиімділігі анықталды – HP эрадикациясының жиілігі зерттеу хаттамасына қосылған пациенттердің 90%-ын және емдеу бағдарламасын толығымен орындаған пациенттердің 92,0%-ын құрады. Міндетті түрде эрадикацияны бақылай отырып, 6-8 апта аралығында пациенттердің 100%-да толығымен жазылу көрінісі байқалды.

Уреазды тесттің теріс нәтижелері кезінде эрадикация табысты болып есептелді.

Қорытынды:

1. Ұлтабар ойықжарасы бар науқастарда пантопразолды (Кон-

тролок®) қолдану кезінде *H. pylori* инфекциясының эрадикациялық терапиясының тиімділігі 1 желідегі үш еселі секвентальды эрадикациялық терапияның схемасында анығымен жоғары (90%) және бұл қазіргі заманғы талаптарға толығымен сәйкес келеді.

2. Ұлтабар ойықжарасы бар науқастарға *H. pylori* инфекциясының эрадикациялық терапиясын жүргізу кезінде негізгі ИПП ретінде омепразол дженериктерімен салыстырғанда тиімділігі мен қауіпсіздігі жоғары пантопразолды пайдалануды ұсынуға болады.

3. Контролоктың® Р-450 цитохромы жүйесіне аффиндігі мейлінше төмен және онымен өте аз деңгейде өзара әрекеттеседі, осылайша, клиникалық жағынан маңызды дәрілік өзара әрекеттесуі жоқ. Сонымен қатар, пантопразол ИПП арасында ең жоғарғы рН-селективтілігі бар, яғни ол ең жақсы төзімділікті береді.

4. Пантопразол, нифуратель және амоксициллинді қолданумен секвентальды үш еселі терапияны жүргізудің ұсынылған схемасы НР эрадикациясы мақсатында пайдаланылатын терапиялық ережеде ұсынылатын заманауи талаптарға толығымен сәйкес келеді және клиникалық жағынан кеңінен қолдану үшін ұсыныла алады.

Негізгі сөздер: контролок эрадикациялық терапиясының тиімділігіне салыстырмалы, ұлтабар ойықжарасы.

SUMMARY

E. IZATULLAYEV, L. TASHENOV, I. GRIDIN

Institute of Gastroenterology, Almaty c., Republic of Kazakhstan

THE ADVANTAGES OF USING PANTOPRAZOLE IN THE TREATMENT OF HELICOBACTER PYLORI-ASSOCIATED GASTRITIS

The aim of the study was a comparative evaluation of the effectiveness of the eradication therapy of infection of *H. pylori* in patients with duodenal ulcerative disease when applying pantoprazole (Controlok®) amoxicillin (Flemoxin-Solutab) and nifuratel (Macmiror) in the schema sequential eradication therapy (I) lines. The study included 100 patients with duodenal the eradication therapy of infection of *H. pylori* in patients with duodenal ulcerative disease associated with *h. pylori*, ranging in age from 21 to 62 years (the median age was 34.4±1.3 years), including 36 women and 64 men.

From 100 patients with ulcers stomach and duodenal ulcers associated with *Helicobacter pylori* (HP), evaluated the effectiveness and tolerability of sequential triple therapy with the use of pantoprazole 40 mg dose of 2 times a day for 10 days amoxicillin at a dose of 1000 mg 2 times a day for 5 days and then nifuratel dose of 1200 mg 3 times a day for 5 days.

The duration of the disease ranged from 1 year to 23 years and averaged 7.5±2.7.

Compliance among patients was 100 percent (100 people out of 100). In the first research point analysis of clinical data showed that pain not over 21 (20%) stated the patient. To the next checkpoint was completely stopped pain in all patients.

Analysis of the effectiveness of the eradication of *H. pylori* infection was evaluated in the third research point using diagnostic method: quick urease test. High efficiency triple therapy is the frequency *HP pylori* eradication was 90% in patients included in the study protocol, and 92.0% in patients fully comply with treatment program. Complete healing noted at 100% patients within 6-8 weeks with the obligatory control eradication.

Eradication was considered successful when the negative results of the ureaznogo test.

Conclusions:

The effectiveness of the eradication therapy of infection of *h. pylori* in patients with duodenal ulcerative disease when applying pantoprazole (Controlok®) higher (90%), in the triple sequential eradication therapy (I) lines, and fully consistent with the modern requirements.

When conducting eradication therapy of infection of *h. pylori* in patients of ulcerative disease as its base it is possible to recommend the use of pantoprazole through greater effectiveness and safety compared to the regimen of Controlok®) has a lower affinity for cytochrome p-450 system and, to a lesser extent communicates with it, thus there is no clinically significant drug interactions. In addition, pantoprazole has a maximum pH-selectivity among the IPP, that gives a better portability.

The proposed scheme of sequential triple therapy with the use of pantoprazole, amoxicillin and nifuratelja fully meet modern requirements for therapeutic regimes that are used for HP eradication and can be recommended for widespread clinical use.

Key words: Controlok, duodenal ulcerative disease, sequential eradication therapy.

Для ссылки: Изатуллаев Е.А., Ташенова Л.К., Гридин И.О. Преимущества применения пантопразола в лечении *Helicobacter Pylori*-ассоциированного гастрита // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – No 9 (183). – P. 22-26

Статья поступила в редакцию 06.09.2017 г.

Статья принята в печать 11.09.2017 г.