

УДК 616.33-006-07 (575.2) (04)

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАНСОБЕЛА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

С.А. Анкудинова – докт. мед. наук,

С.А. Романихина – канд. мед. наук

Сравнительный анализ использования лансобела и омепразола в лечении больных язвенной болезнью показал, что лансобел усиливает эрадикацию НР слизистой желудка.

Ключевые слова: язвенная болезнь; лансобел; *helicobacter pylori*.

В 1983 г. В. Marschali и J. Warren впервые обнаружили в слизистой оболочке желудка больного хроническим гастритом изогнутые бактерии, которые первоначально отнесены к роду *Campylobakter*; однако, позднее были переклассифицированы в новый вид *helicobacter pylori* (НР). Изучение роли хеликобактерной инфекции в развитии язвенной болезни коренным образом изменило подход к лечению и профилактике заболевания.

За последние 10 лет принципы лечения язвенной болезни кардинально изменились. Накопленный опыт лечения язвенной болезни комбинациями антихеликобактерных средств показал, что при уничтожении *helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка прекращается рецидивирование язвенной болезни [1–5].

Появление комбинированных схем лечения, включающих сочетание нескольких препаратов, антибиотика, производных нитроимидазола и препарата висмута в сочетании с блокаторами соляной кислоты вывело лечение язвенной болезни на новый уровень.

Антибиотики, в частности, производные пенициллина, влияют на синтез пептидогликана клеточной стенки бактерии, т.е. активно подавляют делящиеся бактериальные клетки, ионы висмута активны и в отношении покоящихся бактериальных клеток, так как преципитируются на наружной мембране бактерии и могут влиять на активность ряда ферментов в периплазматическом пространстве.

До сих пор остается не совсем ясным вопрос прямого или непрямого бактерицидного действия препаратов ингибиторов соляной кислоты.

Цель настоящего исследования: изучение обсемененности НР слизистой желудка при ис-

пользовании в схеме лечения двух ингибиторов соляной кислоты – лансобела и омепразола.

Было обследовано 74 больных язвенной болезнью, которые условно были разделены на 2 группы. Все больные получали противоязвенное лечение по схеме, включающей антибиотик – амоксициллин (1500 мг в сутки), метронидазол (100 мг в сутки). В первой группе (48 больных) получали в качестве блокатора соляной кислоты ингибитор протонного насоса – препарат лансобел (30 мг в сутки), во второй группе (26 больных) использовали препарат омепразол (40 мг в сутки). Препарат лансобел подавляет секрецию желудочной кислоты путем специфического ингибирования ферментной системы (Н - К), АТФ-азы на секреторной поверхности париетальных клеток желудка.

Возраст больных в обеих группах варьировал от 18 до 42 лет, в среднем $34 \pm 2,3$ года. Женщин в первой группе было 14 (29,2%), мужчин – 34 (79,8%), во второй группе соотношение женщин к мужчинам составило 9 (34,6%) и 17 (65,4%).

Оценка степени обсемененности НР проводилась количественно (число микробных тел в поле зрения) от 1 до 5:1 степень обсемененности от 0 до 20 микробных тел в поле зрения; 2 степень – от 20 до 40; 3 степень – от 40 до 60 и 4 степень – от 60 до 100; 5 степень – свыше 100 микробных тел [1]. Материал для изучения получали путем взятия биоптата при эндоскопическом исследовании. Кусочки ткани помещали на предметное стекло, подсушивали его в течение 20 мин, сверху помещали покровное стекло, в таком виде препарат доставляли в лабораторию, где окрашивали мазки по методу Романовского – Гимзе, подсчитывали количество микроб-

ных тел в поле зрения при увеличении микроскопа 70 раз. Результаты лечения оценивали через 10–14 дней при эндоскопическом исследовании желудка. Статистическую обработку полученных данных проводили с учетом коэффициента Стьюдента – Фишера.

В первой группе больных, получавших наряду с эрадикационной терапией лансобел, нами было отмечено исчезновение болей, как основного симптома язвенной болезни, уже в первые сутки лечения. Во второй группе больных, получавших в качестве блокатора омепразол, исчезновение болевого синдрома происходило на 2–3-е сутки после начала принятия препарата, а у двух больных боль исчезла только на 7-е сутки.

Кроме того, при лечении лансобелом у больных не было отмечено ни одного случая каких-либо побочных явлений, тогда как при лечении омепразолом больные жаловались на появление тошноты (6 больных – 23,1%), тяжести в области печени (5 больных – 19,2%), сухости во рту (2 больных – 7,7%). Заживление язвы в первой группе больных, получавших лансобел, наступило в 86% случаев через 2 недели, а рубцевание язв у остальных больных – в течение 4 недель. Во второй группе больных, получавших омепразол, через 2 недели заживление язвы наступило только у 70% больных.

Целью данного исследования было изучение влияния препарата лансобела на эффективность эрадикационной терапии. Поэтому все больные первой и второй групп до начала лечения обследовались на степень обсемененности НР, а затем через 14 дней лечения повторно при эндоскопическом обследовании брали биоптат на исследование (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что в первой группе больных, у которых в схеме лечения применялся лансобел, инфицированность НР достоверно снизилась: 5 степень зараженности не было ни у одного больного, 4 степень – у 12,5 % больных, 3 – у 20,8%, 2 – у 47,9% и 1 степень – у 18,8% больных, тогда как при лечении омепразолом 1 степень наблюдалась только у 7,7% больных, что в 2,4 раза меньше, чем в первой группе. Таким образом омепразол не усиливает действия антибиотиков при терапии. Это особенно заметно при 3 степени зараженности НР инфекцией. Если до лечения 3 степень инфицирования наблюдалась у 62,1% больных, то при использовании лансобела этот показатель снизился почти в 3 раза, тогда как при лечении омепразолом – только в 1,3 раза ($P < 0,001$).

Для большей наглядности в табл. 2 представлены показатели инфицированности НР в обеих группах больных по классификации М.Г. Гончар [1].

Таблица 1

Сравнительная характеристика обсеменения НР при язвенной болезни (количестве микробных тел в поле зрения) до и после лечения

Схема лечения	Количество микробных тел в поле зрения				
	от 0 до 20	от 20 до 40	от 40 до 60	от 60 до 100	свыше 100
До лечения n -74	-	5 (6,8%)	46 (62,1%)	20 (27,0%)	3 (4,1%)
После лечения лансобелом n – 48	9 (18,8%) $P < 0,01$	23 (47,9%) $P < 0,05$	10 (20,8%) $P < 0,001$	6 (12,5%) $P < 0,05$	-
После лечения омепразолом n – 26	2 (7,7%)	10 (38,5%)	12 (46,2%)	2 (7,7%)	

Таблица 2

Показатели степени инфицированности НР у больных язвенной болезнью [1]

Схема лечения	Всего больных	Степень инфицированности				
		1	2	3	4	5
До лечения	74	-	6,8	62,1	27,0	4,1
После лечения (1 группа), %	48	18,8 $P < 0,01$	47,9 $P < 0,05$	20,8 $P < 0,001$	12,5 $P < 0,05$	-
После лечения (2 группа), %	26	7,7	38,5	46,2	7,7	-

Терапия

Таким образом, применение лансобела в схеме лечения язвенной болезни способствует более значительному эффекту эрадикационной терапии, чем при лечении омепразолом. Лансобел вызывает глубокое и длительное подавление секреции желудочной кислоты, поэтому теоретически возможно, что он может препятствовать всасыванию принимаемых препаратов, для которых РН желудка является важным определяющим фактором биодоступности. Тем самым, создается более высокая концентрация в желудке амоксициллина и метранидазола, разрушающая инфицированность НР на слизистой.

Литература

1. Гончар М.Г., Дельцова Е.И., Куричка Я.М. Хеликобактер пилори у больных с осложненной язвенной болезнью // Хирургия. – 1999. – №6. – С. 25–26.
2. Маев И.В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Терапев. архив. – 2006. – №2. – С. 10–15.
3. Мансуров Х.Х. Современный взгляд на некоторые спорные вопросы язвенной болезни и хеликобактерной инвазии // Клинич. мед. – 2005. – №2. – С. 63–65.
4. Bazzo F. Choice of first line treatment to optimize eradication of *Helicobacter pylori* resistance and management strategies. // World Congress of Gastroenterology. – Montreal. – 2005.
5. Imorain C. Indications for *Helicobacter pylori* eradication revisited. // Maastricht-3 Guidelines for *Helicobacter pylori* infection. /3 United European Gastroenterology Week. – Copenhagen. – 2005.