

ПРЕИМУЩЕСТВА ПАНТОПРАЗОЛА В ТЕРАПИИ НПВС- ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17558554>

Зуфаров П.С.

*д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии Ташкентского
Государственного медицинского университета*

Проблема ранней диагностики и лечения гастропатий, вызванных применением нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), остаётся одной из актуальных в клинической практике. Частота таких осложнений, включая желудочные кровотечения, нередко приводит к необходимости прекращения основной терапии и требует назначения гастропротективных средств [2,6].

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) считаются препаратами выбора при НПВС-гастропатии, значительно превосходя по эффективности H₂-блокаторы и синтетические простагландины [1]. Однако сравнительные исследования отдельных представителей ИПП остаются ограниченными, что обуславливает необходимость оценки их терапевтических различий [4].

Цель исследования: Сравнить клиническую эффективность омепразола и пантопразола при лечении гастропатии, индуцированной НПВС, у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы: В исследование включены 76 пациентов с суставной формой РА (7 мужчин и 69 женщин) в возрасте 22–55 лет, длительность заболевания – от 1 до 20 лет. Все пациенты постоянно принимали метотрексат (7,5–10 мг/нед) и НПВС (в основном диклофенак или индометацин).

Пациенты были разделены на две группы:

I группа (n=34) – омепразол 40 мг/сут в течение 10 дней;

II группа (n=42) – пантопразол 40 мг/сут в течение 10 дней.

Оценивалась динамика клинических симптомов (боль в эпигастрии, изжога, снижение аппетита), а также состояние слизистого барьера по содержанию нерастворимого слизистого геля (НСГ) в желудочном соке (метод А.А. Фишера) [5]. Эндоскопический контроль проводился при поступлении и после курса терапии.

Полученные результаты.

В таблице 1 приведены результаты изучения динамики клинических симптомов гастропатии в исследуемых группах.

Таблица 1

Влияние омепразола и пантопразола на частоту исчезновения клинических симптомов гастропатии у больных ревматоидным артритом

группа	Исчезновение клинических симптомов на день лечения										
	1-	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
Боль в надчревьё											
I(n=34)											
абс.ед.	-	-	-	1	1	3	6	12	8	3	-
%				2,9	2,9	8,9	17,6	35,	23,	8,9	
II(n=42)											
абс.ед.		1	1	4	8	15	10	2	1		
%		2,4	2,4	9,5	19	35,7	23,8	4,8	2,4		
Понижение аппетита											
I(n=34)											
абс.ед.	-	-	-	-	-	1	4	8	14	6	1
%						2,9	11,8	23,	41,	17,6	2,9
II(n=42)											
абс.ед.	-	-	-	4	6	7	15	8	1	1	-
%				9,5	14,3	16,7	35,7	19,	2,4	2,4	
Изжога											
I(n=34)											
абс.ед.	-	-	2	4	8	5	2	1	-	-	-
%			9,1	18,	36,4	22,7	9,1	4,5			
II(n=42)											
абс.ед.	-	5	8	10	3	2	1	-	-	-	-
%		17,	27,	34,	10,3	6,9	3,5				

Исчезновение болей в надчревной области наблюдалось быстрее у больных, получавших пантопразол – в среднем через $5,86 \pm 0,21$ дня, тогда как при лечении омепразолом – через $7,85 \pm 0,24$ дня ($P < 0,001$).

Улучшение аппетита также отмечалось раньше во II группе – через $6,57 \pm 0,22$ дня против $8,68 \pm 0,19$ дня в I группе ($P < 0,001$). Изжога исчезала у пациентов, принимавших пантопразол, в среднем на $3,72 \pm 0,24$ день, а при терапии омепразолом – на $5,80 \pm 0,27$ день ($P < 0,001$).

Таким образом, пантопразол обеспечивал более быстрое купирование симптомов гастропатии.

В таблице 2 приведены результаты сравнительного изучения влияния омепразола и пантопразола на содержание нерастворимого слизистого геля (НСГ) в базальной порции желудочного сока у больных.

Таблица 2.

Влияние омепразола и пантопразола на содержание НСГ в базальной порции желудочного сока у больных ревматоидным артритом с гастропатией ($M \pm m$)

Группа	Нерастворимый слизистый гель, мг/мл .	
	до лечения	после лечения
Контрольная (n = 8)	$21,72 \pm 0,89$	-
I (n = 30)	$62,63 \pm 1,67^*$	$49,46 \pm 1,51^{**}$
II (n = 39)	$59,94 \pm 1,08^*$	$34,58 \pm 0,84^{**}$

* $P < 0,05$ с показателем контрольной группы. ** $P < 0,05$ с исходным показателем этой же группы.

У больных с РА и гастропатией до начала лечения отмечалось почти трёхкратное повышение уровня НСГ по сравнению с контрольными значениями, что отражает нарушение свойств слизистого слоя под влиянием НПВС.

После курса терапии омепразолом содержание НСГ снизилось на 21,1%, а после лечения пантопразолом – на 42,3%, что указывает на более выраженное восстановление защитных свойств слизистой желудка при применении пантопразола.

В таблице 3 приведены результаты изучения влияния омепразола и пантопразола на частоту эндоскопически выявленных изменений в гастродуоденальной зоне при гастропатии у больных РА.

Таблица № 3

Влияние омепразола и пантопразола на частоту эндоскопически выявленных изменений в гастродуоденальной зоне у больных ревматоидным артритом с гастропатией

Изменения при ЭГДФС	I группа (n-30)		II (n-39)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Гастрит.				
абс.ед.	9	2	11	1
%	30	6,6	28,2	2,56
Дуоденит				
абс.ед.	5	1	7	0
%	16,6	3,3	17,9	0
Гастродуоденит				
абс.ед.	16	3	21	2
%	53,3	10	53,8	5,1
Эрозии желудка				
абс.ед.	18	5	20	3
%	60	16,6	51,3	7,69
Эрозии двенадцатиперстной кишки				
абс.ед.	5	1	6	1
%	16,6	3,3	15,4	2,56
Язва желудка				
абс.ед.	8	5	10	3
%	26,6	16,6	25,6	7,7
Язва 12-п кишки				
абс.ед.	3	2	3	1
%	10	6,6	7,7	2,56

До начала терапии частота гастродуоденальных повреждений в обеих группах была сопоставимой. После лечения пантопразолом частота выявляемых воспалительных и эрозивно-язвенных изменений значительно уменьшилась.

Так, у больных II группы исчезновение признаков гастрита наблюдалось у 91%, дуоденита – у 100%, гастродуоденита – у 90,5%, эрозий желудка – у 85%, язвы желудка – у 70%, а язвы двенадцатиперстной кишки – у 66,7%. Для сравнения, в группе омепразола эти показатели составили соответственно 77,8%, 80%, 71,3%, 62,3%, 37,5% и 33,4%.

Эти данные подтверждают преимущество пантопразола как в клиническом, так и в эндоскопическом аспектах.

Обсуждение полученных результатов

Более высокая эффективность пантопразола, вероятно, обусловлена его химической структурой, обеспечивающей стабильность в условиях рН, близких к нейтральным, и избирательное накопление в париетальных

клетках желудка. Это способствует оптимальному ингибированию протонной помпы и улучшению цитопротективных механизмов слизистой оболочки [7]. Кроме того, пантопразол, по-видимому, активнее влияет на процессы синтеза и созревания водонерастворимого слизистого геля, повышая его вязкость и упругость, что обеспечивает дополнительную защиту слизистого барьера [3,4].

Выводы

1. Пантопразол более эффективен, чем омепразол, при лечении НПВС-индуцированной гастропатии у больных ревматоидным артритом.
2. Применение пантопразола способствует более быстрому исчезновению клинических симптомов, улучшает состояние слизистой оболочки желудка и ускоряет регресс эндоскопических изменений.
3. Рекомендуется использовать пантопразол как препарат выбора для терапии и профилактики гастропатий, связанных с применением НПВС.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Бельмер С.В. Пять поколений ингибиторов протонного насоса: проблема выбора // Лечащий врач. - 2009. - №7. - С.14-17.*
2. *Дроздов В. Н. Гастропатии, вызванные нестероидными противовоспалительными препаратами: патогенез, профилактика и лечение // Consilium medicum. - 2005. - Прил. 1. - С.3–7.*
3. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. // Клиническая фармакология и терапия. - 2003. - № 12. - С. 57-61.*
4. *Карасева Г.А. НПВП-индуцированная гастропатия: от понимания механизмов развития к разработке стратегии профилактики и лечения // Медицинские новости. - 2012. - №8. - С. 21-26.*
5. *Фишер А.А., Борисов Ю.Ю. Методика исследования реологических свойств желудочной слизи и ее диагностическая информативность // Лабор. дело -1989- №5. - С. 29-32.*
6. *Chan F.K., Graham D.Y. Review article: prevention of non-steroidal anti-inflammatory drug gastrointestinal complications - review and recommendations based on risk assessment // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2004. - Vol. 19, N 10. -P. 1051-1061.*
7. *Fitton A. Pantaprazole. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in acid- related disorders // Drugs. - 2006. - Vol.51,N 3. -P.460-482.*