



І.Г. Палій<sup>1</sup>, В.В. Вавринчук<sup>1</sup>,  
І.О. Салабай<sup>2</sup>, С.В. Заїка<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Вінницький національний медичний університет  
ім. М.І. Пирогова

<sup>2</sup> Обласний кардіологічний диспансер, Хмельницький

## Сучасні вимоги до проведення ерадикації *Helicobacter pylori* у хворих з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та дванадцятипалої кишки

### Ключові слова

Ерадикація *Helicobacter pylori*, «Орністат», гастро-рН-моніторинг, дихальний уреазний тест.

Обираючи схему ерадикації *H. pylori* у хворих з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та ДПК, асоційованими з *H. pylori*, слід урахувати низку вимог до проведення фармако-терапії, що забезпечить максимальний рівень ерадикації *H. pylori*:

1. *H. pylori* має бути чутливим до компонентів схем ерадикації. Проте визначення у кожного пацієнта чутливості *H. pylori* до антибактеріальних препаратів, що використовуються в схемах ерадикації, є досить складним і дорогим як у розвинених країнах світу, так і в Україні [9]. В зв'язку з цим таке визначення проводять переважно у великих гастроентерологічних клініках з метою моніторингу чутливості *H. pylori* до антибактеріальних препаратів, які найчастіше застосовують. Зокрема, в Україні такі дослідження були проведені в Інституті терапії ім. академіка Л.Т. Малої. Встановлено, що існує значний (48–56 %) відсоток пацієнтів, які мають метронідазолрезистентні штами *H. pylori* [1, 13]. Висока резистентність до метронідазолу останнім часом не дає змоги використовувати його в схемах ерадикації, проте ефективність ерадикації з похідними нітроїмідазолу достовірно вища, ніж з амоксициліном, тому що кларитроміцин та амоксицилін діють лише на вегетативні форми, а нітроїмідазоли — на кокові [11, 20]. Під дією несприятливих факторів, зокрема антибактеріальної терапії,

утворюються кокоїдні форми *H. pylori*, тому у разі використання комбінації амоксициліну с макролідами можлива неповна ерадикація, що спричиняє рецидив інфекції [25]. Останнім часом ефективність ерадикаційної терапії (ППП, амоксицилін, кларитроміцин) тривалістю 7–10 діб знизилася до 70–85 % [10].

Привертає увагу факт, що замість метронідазолу у схемах ерадикації можна використовувати орнідазол (похідне метронідазолу), тому що кількість пацієнтів, інфікованих штамми *H. pylori*, резистентними до орнідазолу, є відносно незначною [11]. Така висока чутливість *H. pylori* до орнідазолу пояснюється відсутністю перехресної резистентності з метронідазолом за рахунок відмінностей у будові молекул [7, 15]. Крім того, орнідазол має досить низьку мінімальну пригнічувальну концентрацію (0,1–0,25 мг/л) практично для всіх видів бактерій. Крім того, при використанні в терапевтичних дозах орнідазол створює високі концентрації в плазмі крові та добре накопичується в тканинах організму людини [5].

Слід також відзначити, що в Україні та Росії, на відміну від багатьох Європейських країн, зберігається висока чутливість *H. pylori* до кларитроміцину. Рівень виявлення резистентних штамів *H. pylori* до кларитроміцину в нашій країні, зокрема у Львівській області, становить 9,1 %, тоді як в Італії – 46,6 %, Іспанії – 15 % і т. ін. [3]. Це дає під-

стави для продовження використання кларитроміцину в схемах ерадикації *H. pylori* [10].

2. *Інгібітори протонної помпи, які використовуються в схемах ерадикації H. pylori у хворих на ерозивно-виразкові пошкодження шлунка та ДПК, повинні досягати певного рівня блокування секреції хлористоводневої кислоти, для того щоб відбувалась епітелізація пошкоджень слизової оболонки шлунка та ДПК, а також створились умови для максимально ефективної дії антибактеріальних препаратів.* Сучасна кислотоблокуюча фармакотерапія ерозивно-виразкових пошкоджень шлунка та ДПК передбачає блокування секреції хлористоводневої кислоти до рівня рН > 3,0 упродовж не менше ніж 18 год на добу, при цьому рубцювання пептичної виразки ДПК протягом 4 тиж спостерігається у 100 % пацієнтів [20].

Ще жорсткіші вимоги висуваються до блокаторів секреції хлористоводневої кислоти під час проведення ерадикації *H. pylori*. Для ефективної антигелікобактерної фармакотерапії необхідно, щоб внутрішньошлунковий рН був більше 5,0 не менше ніж 16 год на добу. При цьому концентрація антибактеріальних препаратів у шлунку збільшується на 15–20 %, а їхня бактерицидна дія починає реалізовуватися безпосередньо в шлунку [9, 14]. Слід також ураховувати, що блокатори секреції хлористоводневої кислоти мають діяти максимально ефективно в нічний період. У цьому плані перевагу над іншими блокаторами  $H^+/K^+$ -АТФази має рабепразол [6, 21], що зумовлено особливістю його метаболізму в організмі людини. Більшість блокаторів  $H^+/K^+$ -АТФази (омепразол, лансопразол, пантопразол) метаболізуються ізоензимом CYP2C19 (5-мефетоїн гідроксилазою) [25, 26], тому кислотоблокуючий ефект блокаторів  $H^+/K^+$ -АТФази залежатиме від активності ізоензиму CYP2C19. За генним поліморфізмом CYP2C19 людську популяцію можна поділити на три фенотипові підгрупи: швидкі, проміжні та повільні метаболізатори [22]. Вважають, що 2/3 представників білої раси належать до швидких метаболізаторів і відповідно в таких пацієнтів ефективність ерадикації *H. pylori* знижуватиметься на 20 % [28].

Метаболізм рабепразолу в організмі людини відбувається переважно неферментним шляхом і, таким чином, не залежить від поліморфізму гена CYP2C19, що дає змогу спрогнозувати кислотоблокуючу дію представника блокаторів  $H^+/K^+$ -АТФази [19, 26].

Ще однією з переваг рабепразолу є швидкість підвищення рівня рН, починаючи з першої доби прийому. Рабепразол швидше ніж інші блокатори  $H^+/K^+$ -АТФази створює оптимальний рівень рН для дії антибіотиків. Крім того, він має макси-

ально високу власну антигелікобактерну дію за рахунок антиуреазної активності, доведеної як *in vitro*, так і *in vivo* [24]. Встановлено, що тіоефір рабепразолу має більш потужну пригнічуючу дію на кларитроміцинрезистентні форми *H. pylori* у фазу росту та розмноження, ніж інші блокатори  $H^+/K^+$ -АТФази [27].

3. *Схема ерадикації H. pylori повинна мати незначну кількість побічних ефектів.* Інакше це може призвести до відмови пацієнта від подальшого лікування і зменшити кількість успішно проведених ерадикацій *H. pylori*. В дослідженнях, проведених в українсько-німецькому противиразковому центрі (Київ) і ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» (Полтава), було доведено, що використання схеми ерадикації на основі рабепразолу, кларитроміцину та орнідазолу (комплексний антигелікобактерний препарат «Орністат») має переваги щодо виникнення побічних ефектів над схемою ерадикації *H. pylori* на основі омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну [8, 11].

4. *Схема ерадикації H. pylori має бути максимально простою щодо прийому фармакопрепаратів, що забезпечить дотримання хворими протоколу лікування.* Так, при аналізі причин неефективності антигелікобактерної фармакотерапії встановлено, що основними є: використання менше трьох компонентів схеми лікування, припинення лікування через виникнення побічних ефектів, неправильне розуміння та виконання призначень лікаря щодо схеми ерадикації [17].

5. *Відсоток успішних ерадикацій H. pylori при застосуванні певної схеми лікування має становити не менше ніж 80 % [23].* Згідно з міжнародними рекомендаціями (Маастрихт III) щодо лікування інфекції *H. pylori*, тривалість антигелікобактерної фармакотерапії подовжено до 10–14 днів. Це пов'язано зі зростанням в європейських країнах кількості резистентних штамів до антибактеріальних фармакопрепаратів [23]. Водночас, за результатами досліджень, проведених в Україні, ефективність 7-денної ерадикаційної терапії зберігається на високому рівні і становить більше 80 %, що дає підставу рекомендувати продовжувати застосування схем ерадикації тривалістю 7 днів [9, 17]. Крім того, в рекомендаціях FDA щодо проведення антигелікобактерної фармакотерапії зазначено, що у випадку включення у схему ерадикації *H. pylori* рабепразолу можна скорочувати тривалість лікування до 7 днів [16].

З огляду на викладене вище, при проведенні антигелікобактерної фармакотерапії у хворих з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та ДПК, асоційованими з *H. pylori*, раціональною

схемою ерадикації *H. pylori* можна вважати комбінацію на основі рабепразолу, кларитроміцину та орнідазолу. На даний час в Україні зареєстровано комплексний антигелікобактерний фармакопрепарат під торговельною маркою «Орністат».

Мета роботи — вивчити кислотоблокуючу дію комплексного фармакопрепарату «Орністат» та оцінити його антигелікобактерну ефективність при лікуванні хворих з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та ДПК, асоційованими з *H. pylori*.

### Матеріали та методи

Під спостереженням перебувало 39 пацієнтів. Роботу виконували в два етапи. На першому етапі вивчали кислотоблокуючу дію комплексного фармакопрепарату «Орністат». Для цього було обстежено 23 хворих (14 чоловіків та 9 жінок) з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та ДПК, асоційованими з *H. pylori*. Середній вік хворих становив ( $41,5 \pm 3,3$ ) року, зріст — ( $170,3 \pm 1,6$ ) см, маса тіла — ( $71,1 \pm 2,5$ ) кг. У 8 (34,8 %) хворих ерозивно-виразкові пошкодження слизової оболонки шлунка та ДПК було діагностовано на тлі прийому ацетилсаліцилової кислоти як антиагреганта.

Ерозивно-виразкові пошкодження шлунка та ДПК верифікували під час проведення фіброезофагогастроуденоскопії на апараті Pentax FG-29-P.

Інфікованість *H. pylori* визначали переважно  $^{13}\text{C}$ -уреазним дихальним тестом на інфрачервоному аналізаторі IRIS у клініко-діагностичній гастроентерологічній лабораторії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова або тестом URE-H. *pylori* з гастробіоптатом в ендоскопічному кабінеті міської поліклініки № 2 м. Вінниці.

Для ерадикації *H. pylori* хворі отримували комбінований фармакопрепарат «Орністат» за схемою рабепразол 0,02 г, кларитроміцин 0,5 г, орнідазол 0,5 г двічі на добу. Курс лікування становив 7 днів.

Хворим цієї групи проводили експрес-гастро-рН-моніторинг до початку лікування та на 4–6-ту добу використання «Орністату». Крім того, на 4–6-ту добу застосування «Орністату», після завершення експрес-гастро-рН-моніторингу, виконували 5-годинний гастро-рН-моніторинг.

Згідно з дизайном обстеження за 1 год до контрольного експрес-гастро-рН-моніторингу та 5-годинного гастро-рН-моніторингу пацієнти приймали ранкову дозу «Орністату».

Для проведення експрес-гастро-рН-моніторингу та 5-годинного гастро-рН-моніторингу використовували «Ацидогастрограф АГ-1рН-М» та електродну систему гастроентерологічну. Перед

проведенням дослідження здійснювали градування мобільного накопичувача рН-метричної інформації і рН-мікрозонда в буферних розчинах з рН 1,68 і 6,86, підігрітих до температури 37 °С.

Експрес-гастро-рН-моніторинг виконували за методикою В.М. Чернобрового [18]. Кожному хворому рН-мікрозонд вводили крізь ніс (під місцевою анестезією 10 % розчином лідокаїну) до рівня переходу стравоходу в шлунок, що за глибиною становило 45 см. Додатковими орієнтирами для визначення розташування переходу стравоходу в шлунок були зріст пацієнта та дані фіброезофагогастроуденоскопії (відстань від різців до кардії).

Після реєстрації першого заміру рН на глибині 45 см подальші вимірювання вздовж каналу шлунка (від кардії до пілоруса) проводили через 1 см. Усього виконували 20 замірів внутрішньошлункового рН. Перших 5 замірів рН проводили в кардіальному відділі шлунка, наступні 10 — у тілі, решту — в антральному відділі.

Згідно з методикою експрес-гастро-рН-моніторингу реєстрацію внутрішньошлункового рН вздовж усього каналу шлунка проводили як під час введення, так і при виведенні рН-мікрозонда.

Аналіз результатів експрес-гастро-рН-моніторингу здійснювали за комплексом показників рН шлунка: мінімальний рН (min), максимальний рН (max), середньоарифметичний рН (X), мода рН (Mo), медіана рН (Me).

Під час проведення багатогодинного гастро-рН-моніторингу рН-мікрозонд вводили пацієнтам у шлунок крізь ніс на глибину 55–57 см з таким розрахунком, щоб активний електрод був розташований у середній третині тіла шлунка. Орієнтиром для вибору глибини введення рН-мікрозонда слугували мінімальні значення рН у шлунку. Накопичувач рН-метричної інформації проводив заміри внутрішньошлункового рН з інтервалом 8 с [18].

Аналіз результатів багатогодинного гастро-рН-моніторингу проводили за такими параметрами:

- 1) відсоток часу із внутрішньошлунковим рН більше ніж 3,5;
- 2) відсоток часу із внутрішньошлунковим рН більше ніж 5,0.

На другому етапі за допомогою дихального уреазного тесту з  $^{13}\text{C}$ -міченою сечовиною проведено аналіз результатів ерадикації *H. pylori* у 39 хворих з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та ДПК у клініко-діагностичній гастроентерологічній лабораторії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Дослідження виконували не раніше ніж через 1 міс після завершення прийому «Орністату». Середній вік хворих становив ( $43,7 \pm 4,2$ ) року, зріст — ( $172,6 \pm 1,7$ ) см, маса тіла — ( $72,4 \pm 2,8$ ) кг.

## Результати та обговорення

Проведений аналіз результатів експрес-гастро-рН-моніторингу у хворих з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та ДПК, асоційованими з *H. pylori*, показав, що на 4–6-ту добу прийому «Орністату» спостерігалася позитивна динаміка показників внутрішньошлункового рН (таблиця). Усі показники рН шлунка були більше ніж 3,5, а отже, відповідали критерію ефективного блокування секреції хлористоводневої кислоти в парієтальних клітинах шлунка, достатнього для епітелізації ерозивно-виразкових пошкоджень шлунка та ДПК.

Результати експрес-гастро-рН-моніторингу засвідчили, що рабепразол, який входить до складу комплексного антигелікобактерного фармакопрепарату «Орністат», у пацієнтів з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та ДПК ефективно блокує секрецію хлористоводневої кислоти у всіх анатомо-топографічних зонах шлунка (рис. 1, 2).

Проведений багатогодинний гастро-рН-моніторинг також засвідчив високу кислотоблокуючу ефективність «Орністату» (рис. 3). Зокрема, внутрішньошлунковий рН  $> 3,5$  спостерігали протягом  $(83,5 \pm 3,7) \%$  часу. Такі результати гарантують хворим з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та ДПК ефективну епітелізацію дефектів слизової оболонки.

Крім того, додатковий аналіз результатів багатогодинного гастро-рН-моніторингу показав, що внутрішньошлунковий рН  $> 5,0$  спостерігався протягом  $(72,3 \pm 4,0) \%$  часу, що забезпечило необхідний рівень внутрішньошлункового рН для ефективної антибактеріальної дії кларитроміцину та орнідазолу, які входять до складу комплексного антигелікобактерного фармакопрепарату «Орністат».

Усі пацієнти, які отримували «Орністат», завершили курс лікування. З побічних ефектів виявлено гіркоту в роті у 8 (34,8 %) пацієнтів і послаблення випорожнення — в 3 (13,0 %). Побічні явища не потребували додаткової фармакологічної корекції і проходили самостійно через 2–3 дні після завершення прийому «Орністату».

Аналіз результатів дихальних уреазних тестів з  $^{13}\text{C}$ -міченою сечовиною, проведених через 1 міс

після завершення застосування «Орністату», засвідчили високу ефективність лікування препаратом. Так, із 39 обстежених пацієнтів тест виявився негативним у 35 (89,7 %).

Отримані нами дані свідчать про те, що за рівнем кислотоінгібування рабепразол, який входить до складу комплексного антигелікобактерного фармакопрепарату «Орністат», не тільки відповідає сучасним вимогам щодо епітелізації ерозивно-виразкових пошкоджень шлунка та ДПК, а й забезпечує такий рівень внутрішньошлункового рН, за якого антибактеріальні препарати не руйнуються і починають діяти безпосередньо в шлунку [4, 9, 11, 14]. Схожі дані щодо кислотоблокуючої дії «Орністату» були отримані в дослідженні Ю.М. Степанова та О.М. Власової [12].

Незначну кількість побічних ефектів, пов'язаних з прийомом «Орністату», виявлено в дослідженнях О.Я. Бабака, В.Г. Передерія, Н.Б. Губергіц, що свідчить про добру переносність цього комплексного фармакопрепарату і дає підстави сподіватися на дотримання хворими протоколу лікування, що забезпечить задовільні результати антигелікобактерної терапії [2, 4, 8].

За нашими даними, успішної ерадикації *H. pylori* досягнуто в 89,7 % пролікованих «Орністатом» хворих на ерозивно-виразкові пошкодження шлунка та ДПК. Подібні результати отримано і в інших провідних гастроентерологічних клініках України. Зокрема, в Харкові (Інститут терапії ім. Л.Т. Малої) відсоток успішної ерадикації *H. pylori* становив 87 %, у Києві (Українсько-німецький противиражковий центр) — 85,7 %, у Дніпропетровську (кафедра гастроентерології факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії) — 92 %, у Донецьку (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб Донецького медичного університету ім. Максима Горького) — 93,8 %, у Полтаві (кафедра внутрішніх хвороб і медицини невідкладних станів факультету післядипломної освіти Української медичної стоматологічної академії) — 88,9 % [2, 4, 7, 11, 12].

Таким чином, комплексний фармакопрепарат «Орністат» відповідає сучасним вимогам до проведення антигелікобактерної фармакотерапії:

- до його складу входять препарати, рекомендовані до використання Маастрихтським консен-

Таблиця. Динаміка показників внутрішньошлункового рН під час лікування комплексним антигелікобактерним фармакопрепаратом «Орністат» (дані експрес-гастро-рН-моніторингу)

Етап дослідження	min	max	X	Mo	Me
До початку лікування	$2,27 \pm 0,3$	$4,97 \pm 0,3$	$3,19 \pm 0,3$	$3,02 \pm 0,4$	$3,02 \pm 0,3$
4–6-та доба застосування «Орністату»	$3,68 \pm 0,4$	$6,03 \pm 0,3$	$4,8 \pm 0,3$	$4,76 \pm 0,4$	$4,68 \pm 0,3$
p	$< 0,01$	$< 0,05$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$

## ВНУТРІШНЬОШЛУНКОВА ЕКСПРЕС-рН-МЕТРИЯ

Дата: 14.06.2005 р.

Час: початок — 10:21

ПІБ: Ж.С.І.

N 001061

Дата народження: 21.11.1954 р.

Стать: ч

Зріст: 170 см

Маса: 85 кг

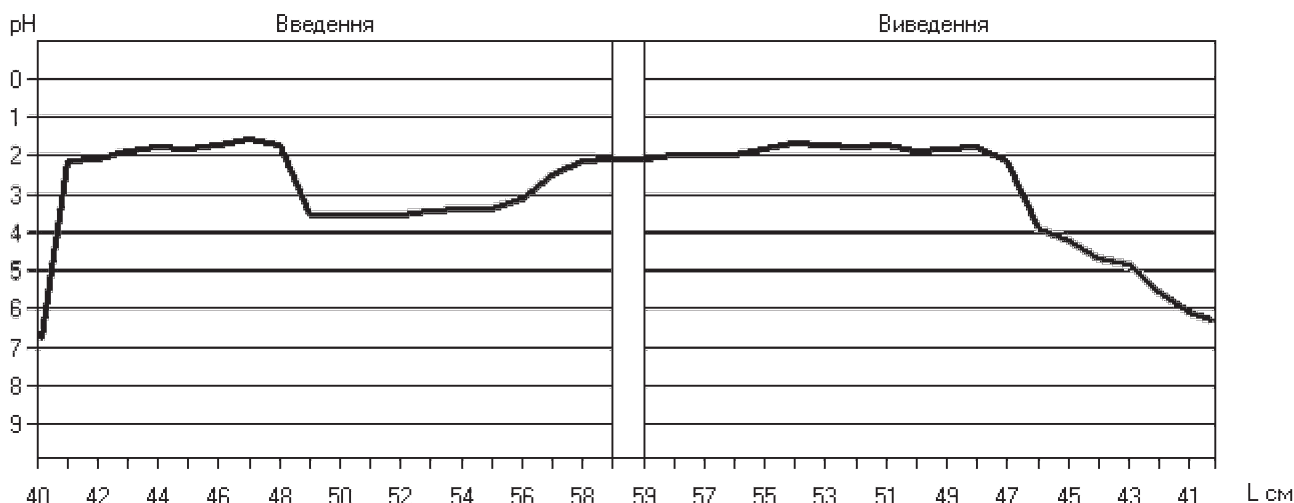
Реєстрація (см) — початок: 40

кінець: 59

крок: 1

**Вихідні дані та події.** Діагноз: ерозії антрального відділу шлунка, Н. рулогі+ (ФЕГДС 02.06.2005), прийом ацетилсаліцилової кислоти в дозі 100 мг/добу протягом 1 місяця. До лікування.

## рН-ГРАМА



N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
L см	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	—	—	—	—
pH↓	6,76	2,12	2,08	1,88	1,80	1,84	1,72	1,56	1,72	3,52	3,52	3,52	3,52	3,44	3,40	3,36	3,12	2,52	2,16	2,08	—	—	—	—
N	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
L см	—	—	—	—	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
pH↑	—	—	—	—	6,28	6,08	5,56	4,84	4,68	4,24	3,92	2,16	1,80	1,84	1,88	1,72	1,76	1,72	1,68	1,84	1,96	1,96	1,96	2,08

## АНАЛІЗ рН-ГРАМИ

рН	min	max	Δ	V <sub>L</sub>	X	σ	m <sub>x</sub>	Me	Mo
		1,56	6,76	5,20	0,234	2,78	1,20	0,19	2,34

ФІ рН	↓	
	n	%
5 (0,86–1,29)	0	0,00
4 (1,30–1,59)	1	5,00
3 (1,60–2,29)	9	45,00
2 (2,30–3,59)	9	45,00
1 (3,60–6,99)	1	5,00
0 (7,00–8,50)	0	0,00

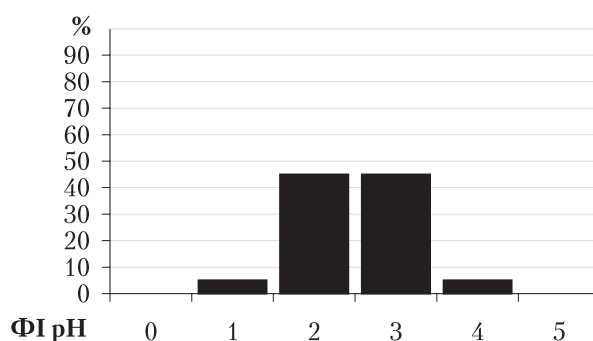


Рис. 1. Експрес-гастро-рН-моніторинг хворого Ж.С.І. з ерозивним пошкодженням антрального відділу шлунка, інфікованого Н. рулогі, на тлі прийому ацетилсаліцилової кислоти

## ВНУТРІШНЬОШЛУНКОВА ЕКСПРЕС-рН-МЕТРИЯ

Дата: 17.06.2005 р.

Час: початок — 10:00

ПІБ: Ж.С.І.

N 001061

Дата народження: 21.11.1954 р.

Стать: ч

Зріст: 170 см

Маса: 85 кг

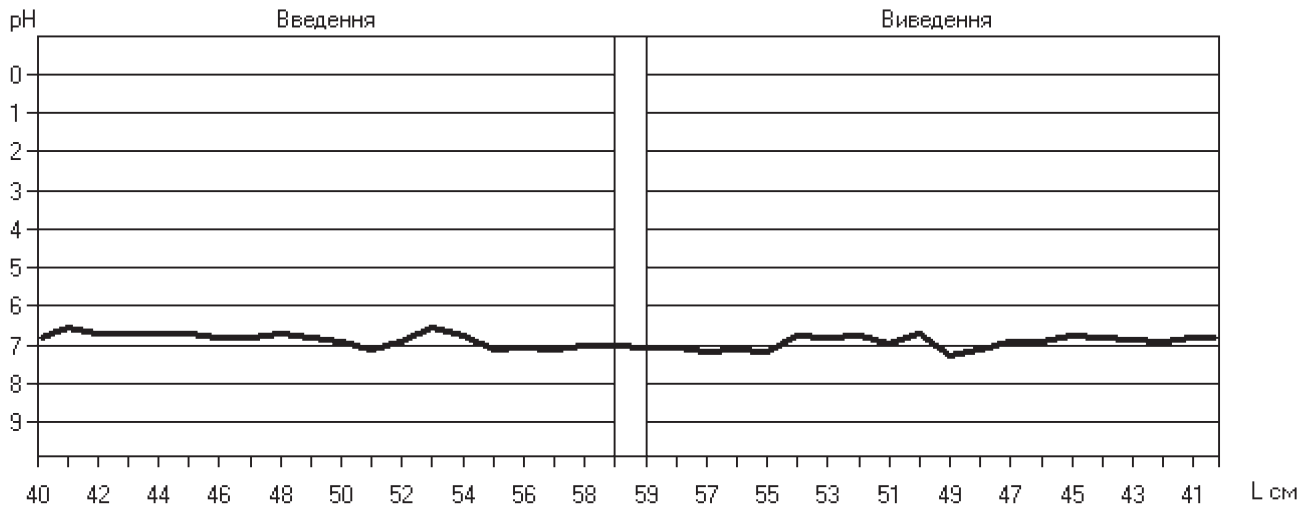
Реєстрація (см) — початок: 40

кінець: 59

крок: 1

**Вихідні дані та події.** Діагноз: ерозії антрального відділу шлунка, Н. pylori+ (ФЕГДС 02.06.2005), прийом ацетилсаліцилової кислоти в дозі 100 мг/добу протягом 1 місяця. «Орністат» за стандартною схемою. рН-моніторинг — на 4 добу лікування. Останній прийом «Орністату» 17.06.05 о 08:30.

## рН-ГРАМА



N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
L см	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	—	—	—	—
рН↓	6,80	6,56	6,68	6,68	6,72	6,72	6,80	6,80	6,68	6,80	6,92	7,12	6,92	6,56	6,76	7,12	7,08	7,12	7,04	7,04	—	—	—	—
N	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
L см	—	—	—	—	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
рН↑	—	—	—	—	6,80	6,80	6,92	6,88	6,80	6,76	6,92	6,92	7,12	7,28	6,68	6,96	6,76	6,80	6,76	7,16	7,12	7,16	7,08	7,08

## АНАЛІЗ рН-ГРАМИ

рН	min	max	$\Delta$	$V_L$	X	$\sigma$	$m_x$	Me	Mo
	6,56	7,12	0,56	0,012	6,85	0,19	0,03	6,80	6,80

ФІ рН	↓	
	n	%
5 (0,86–1,29)	0	0,00
4 (1,30–1,59)	1	0,00
3 (1,60–2,29)	9	0,00
2 (2,30–3,59)	9	0,00
1 (3,60–6,99)	1	70,00
0 (7,00–8,50)	0	30,00

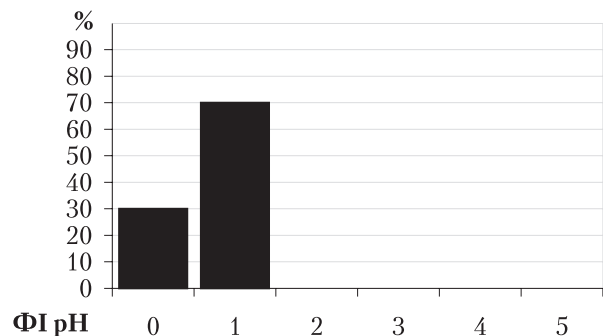


Рис. 2. Експрес-гастро-рН-моніторинг хворого Ж.С.І. з ерозивним пошкодженням антрального відділу шлунка, інфікованого Н. pylori, на тлі прийому ацетилсаліцилової кислоти. 4-та доба прийому комплексного антигелікобактерного фармакопрепарату «Орністат»

## ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИЙ ВНУТРІШНЬОПОРОЖНИННИЙ рН-МОНІТОРИНГ

Дата: 17.06.2005 р.

Час: початок – 10:08

ПІБ: Ж.С.І.

N 001061

Дата народження: 21.11.1954 р.

Стать: ч

Зріст: 170 см

Маса: 85 кг

Локус: corpus ventriculi

Реєстрація –

глибина: 54 см

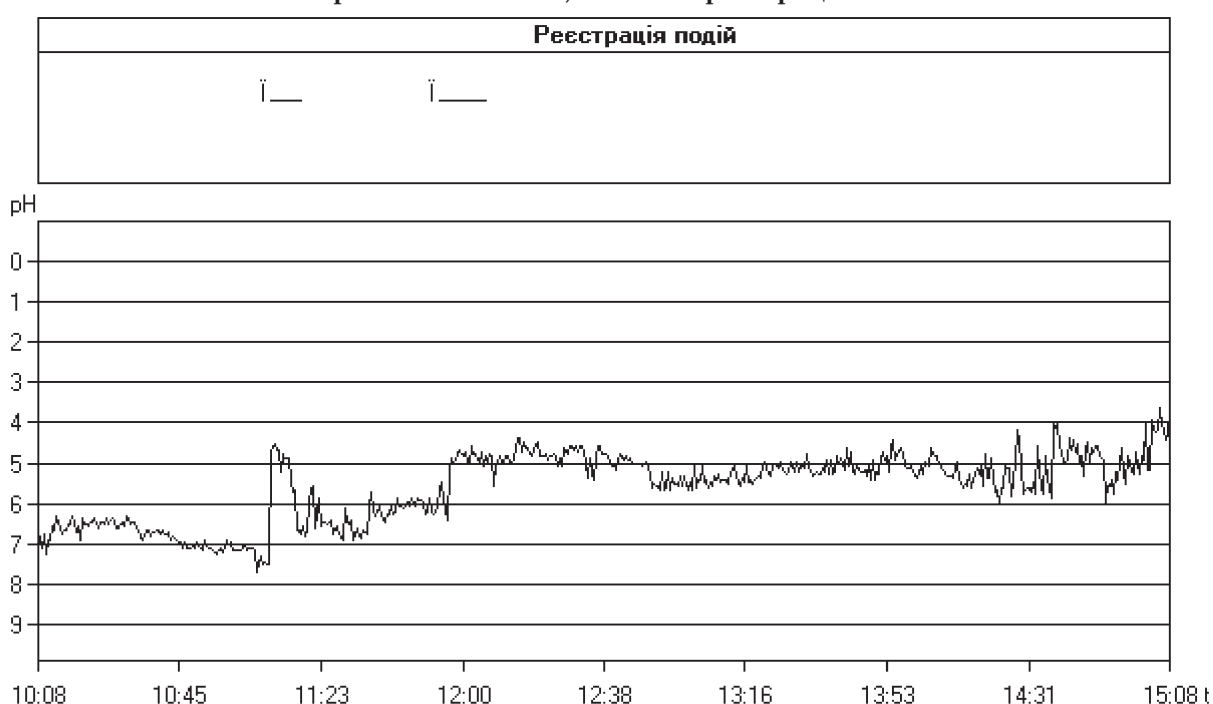
період: 8 с      кількість: 2257

тривалість: 5 год 00 хв 56 с

**Вихідні дані та події.** Діагноз: ерозії антрального відділу шлунка, Н. рулогі+ (ФЕГДС 02.06.2005), прийом ацетилсаліцилової кислоти в дозі 100 мг/добу протягом 1 місяця. «Орністат» за стандартною схемою. рН-моніторинг – на 4 добу лікування. Останній прийом «Орністату» 17.06.05 о 08:30.

## рН-ГРАМА

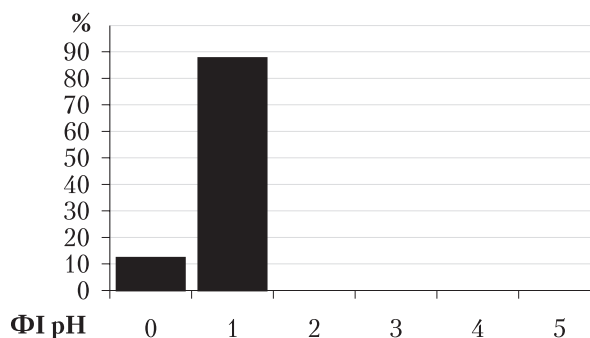
Інтервал 10:08–15:08, кількість реєстрацій 2257



## АНАЛІЗ рН-ГРАМИ (W рН – 5,00)

рН	min	max	$\Delta$	$V_t$	nW↑	n1W↑	X	$\sigma$	$m_x$	Me	Mo
	3,60	8,04	4,44	0,013	114	2	5,80	3,85	0,08	5,56	5,28

ФІ рН	n	%
5 (0,86–1,29)	0	0,00
4 (1,30–1,59)	1	0,00
3 (1,60–2,29)	9	0,00
2 (2,30–3,59)	9	0,00
1 (3,60–6,99)	1	87,68
0 (7,00–8,50)	0	12,32



**Висновок основний:** гіпоацидність виражена субтотальна

Рис. 3. Багатодинний гастро-рН-моніторинг хворого Ж.С.І. з ерозивним пошкодженням антрального відділу шлунка, інфікованого Н. рулогі, на тлі прийому ацетилсаліцилової кислоти. 4-та доба прийому комплексного антигелікобактерного фармакопрепарату «Орністат»

- сусом III (2005): рабепразол 0,02 г, кларитроміцин 0,5 г, орнідазол 0,5 г;
- забезпечує достатній рівень блокування секреції хлористоводневої кислоти в парієтальних клітинах шлунка;
  - добре переноситься пацієнтами;
  - зручний у використанні (упаковка містить 7 блістерів. Один блістер на добу лікування. Відзначено, які ліки приймати вранці, а які ввечері), що полегшує роботу лікаря і поліпшує дотримання протоколу лікування хворими;
  - рівень успішної ерадикації *H. pylori* після курсу прийому «Орністату» відповідає вимогам міжнародних домовленостей.

### Висновки

За даними експрес-гастро-рН-моніторингу та багатогодинного гастро-рН-моніторингу рабепразол, який входить до складу комплексного ан-

тигелікобактеріального препарату «Орністат», ефективно блокує секрецію хлористоводневої кислоти в парієтальних клітинах шлунка, що забезпечує загоєння ерозивно-виразкових пошкоджень слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та створює умови для оптимальної антигелікобактерної дії інших компонентів препарату (кларитроміцину та орнідазолу).

Ерадикація *H. pylori* через 1 міс після завершення 7-денного прийому «Орністату» становить 89,7 %, що відповідає сучасним вимогам міжнародних домовленостей щодо лікування *H. pylori* асоційованих захворювань.

**Перспективи подальших досліджень.** Враховуючи антигелікобактерну ефективність «Орністату» перспективним є вивчення його ефективності щодо ерадикації *H. pylori* у хворих на ішемічну хворобу серця, які отримують антиагрегантну фармакотерапію.

### Список літератури

1. Бабак М.О., Фадєєнко Г.Д. Порівняльна ефективність потрійних схем антигелікобактеріальної терапії у хворих з виразкою дванадцятипалої кишки, асоційованою з резистентними штамми *Helicobacter pylori* // Сучасна гастроентерологія.— 2002.— № 1 (7).— С. 39—41.
2. Бабак О.Я. Эффективность и безопасность препарата «Орністат» в лечении пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Сучасна гастроентерологія.— 2005.— № 2 (22).— С. 75—79.
3. Вдовиченко В.І., Демидова А.І. Динаміка резистентності штамів *Helicobacter pylori* до антибіотиків та ефективність лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки // Сучасна гастроентерологія.— 2006.— № 4 (30).— С. 55—59.
4. Губергриц Н.Б., Прилуцкая О.А. Клинико-патогенетические особенности лечения гастродуоденальной патологии, ассоциированной с различными штаммами *Helicobacter pylori* // Сучасна гастроентерологія.— 2005.— № 1 (21).— С. 94—105.
5. Нейко Є.М., Вишиванюк В.Ю. Ефективність орнідазолу при *Helicobacter pylori*-асоційованій виразковій хворобі // Сучасна гастроентерологія.— 2007.— № 1 (33).— С. 4—7.
6. Палій І.Г., Зайка С.В., Кізлова Н.М. Проблема феномену «нічного кислотного прориву» та шляхи її розв'язання у пацієнтів з пептичними гастродуоденальними захворюваннями // Сучасна гастроентерологія.— 2008.— № 5 (43).— С. 28—31.
7. Передерий В., Шипулин В., Кожевников А., Чернявский В. Эффективность применения орнідазола как компонента тройной терапии для эрадикации *Helicobacter pylori* // Doktor.— 2002.— № 2.— С. 49—50.
8. Передерий В.Г., Ситников А.С., Чернявский В.В., Кузенко Ю.Г. Оптимальный комплаенс как фактор успешного лечения пациентов с дуоденальной язвой и пути его достижения // Сучасна гастроентерологія.— 2005.— № 4 (24).— С. 53—56.
9. Передерий В.Г., Ткач С.М., Кузенко Ю.Г., Скопиченко С.В. Кислотозависимые заболевания. Современные подходы к диагностике, лечению и ведению больных с ГЭРБ, пептическими язвами, НПВП-гастропатиями, функциональной диспепсией и другими гиперсекреторными заболеваниями (Библиотека практического врача).— К.: Тиса ЛТД, 2008.— 425 с.
10. Передерий В.Г., Ткач С.М., Марусанич Б.Н. От Маастрихта 1 — 1996 до Маастрихта 3 — 2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний // Сучасна гастроентерологія.— 2005.— № 6 (26).— С. 4—9.

11. Скрипник І.М., Вахненко А.В. Порівняльний аналіз ефективності і безпечності режимів першої лінії антигелікобактеріальної терапії у хворих на виразкову хворобу, асоційовану з *Helicobacter pylori*, із супутнім цукровим діабетом // Сучасна гастроентерологія.— 2010.— № 3 (55).— С. 77—86.
12. Степанов Ю.М., Власова О.М. Сучасні можливості оптимізації антигелікобактеріальної фармакотерапії // Внутрішня медицина.— 2009.— № 4 (16).— С. 58—65.
13. Тутберидзе Н.Т. Эффективность орнідазола в отношении *Helicobacter pylori*, выделенных у больных с рецидивирующей пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки // Укр. тер. журн.— 2004.— № 4.— С. 43—46.
14. Фадєєнко Г.Д. Резистентность *Helicobacter pylori* к антигелікобактерной терапии: причины возникновения и возможные пути решения проблемы // Гастроентерологія.— Дніпропетровськ, 2000.— С. 288—293.
15. Фадєєнко Г.Д., Ткач С.М. Антигелікобактериальная терапия: лечение по стандарту или шаблону // Сучасна гастроентерологія.— 2000.— № 2.— С. 13—15.
16. Харченко Н.В., Опанасюк Н.Д. Современные подходы к лечению больных язвенной болезнью // Сучасна гастроентерологія.— 2009.— № 5.— С. 89—93.
17. Чернобровий В.М., Кириченко О.В., Зайка С.В. Пептичні Нр-асоційовані ерозивно-виразкові захворювання дванадцятипалої кишки: аналіз причин неефективності фармакотерапії // Клін. та експерим. патологія.— 2008.— № 2 (7).— С. 121—125.
18. Чернобровий В.М., Павлова О.В. Техніка та методики комп'ютерної внутрішньопорожнинної рН-метрії стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки // Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: Практичне керівництво / За ред. В.М. Чернобрового.— Вінниця, 1999.
19. Adachi K. et al. CYP2C19 genotype status and intragastric pH during dosing with lansoprazole and rabeprazole // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2000.— Vol. 17, N 10.— P. 1259—1266.
20. Burget D.W., Chiverton S.G., Hunt R.H. Is there an optimal degree of acid suppression for healing of duodenal ulcers? A model of the relationship between ulcer healing and acid suppression // Gastroenterology.— 1990.— Vol. 99.— P. 345—351.
22. Galmiche J.P., Zarbib F., Ducrotte P. Decreasing oesophageal acid exposure for patient with GERD: a comparison of rabeprazole and omeprazole // Alim. Pharm. ther.— 2001.— N 15.— P. 1344—1350.
23. Ishida Y., Goto Y., Kondo T. et. al. Eradication rate of *Helicobacter pylori* according to genotypes of CYP2C19, IL-1B, and TNP- $\alpha$  // Int. J. Med. Sci.— 2006.— Vol. 3.— P. 135—140.



24. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection — Summary of the Maastricht-3 2005 Consensus Report // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 5 (25).— С. 84—91.
25. Mearin F, Ponce J. Potent acid inhibition: summary of the evidence and clinical application // Drugs.— 2005.— Vol. 65, suppl. 1.— P. 113—126.
26. Meyer U.A., Zanger U.M. Molecular mechanisms of genetic polymorphism of drug metabolism // Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.— 1997.— Vol. 37.— P. 269—296.
27. Miura M. Enantioselective Disposition of Lansoprazole and Rabeprazole in Human Plasma // Yakugaku Zasshi.— 2006.— Vol. 126.— P. 395—402.
28. Sharara A.I. Rabeprazole: the role of proton pump inhibitors in *Helicobacter pylori* eradication // Expert Rev. Antiinfect. Ther.— 2005.— N (6).— P. 63—70.
29. Treiber G., Schwab M., Klotz U. CYP2C19 polymorphism and proton pump inhibitors (ppi) in *Helicobacter pylori* eradication therapy: A metaanalysis // *Helicobacter*.— 2004.— Vol. 9.— P. 571.

И.Г. Палий, В.В. Вавринчук, И.О. Салабай, С.В. Заика

## Современные требования к проведению эрадикации *Helicobacter pylori* у больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки

Статья посвящена изучению кислотоблокирующего действия комплексного антихеликобактерного препарата «Орнистат» у больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированными с *Helicobacter pylori*. Для контроля кислотоблокирующего действия экспресс-гастро-рН-мониторинг проводили до начала лечения и на 4—6-е сутки приема «Орнистата», многочасовой гастро-рН-мониторинг — на 4—6-е сутки. Контроль эффективности эрадикации *H. pylori* осуществляли с помощью дыхательного уреазного теста с <sup>13</sup>C-меченой мочевиной через 1 мес после окончания лечения. В исследовании доказан кислотоблокирующий эффект комплексного антихеликобактерного препарата «Орнистат», при этом уровень успешной эрадикации *H. pylori* составил 90 %.

I.G. Paliy, V.V. Vavrinchuk, I.O. Salabay, S.V. Zaika

## Current requirement to conductions of *Helicobacter pylori* eradication in patients with ulcerative and erosive lesions of stomach and duodenum

The article is devoted to the investigation of acid-blocking action of the complex antihelicobacter preparation Ornistat in patients with ulcerative and erosive lesions of stomach and duodenum, associated with *Helicobacter pylori*. To control the acid-blocking action, the express-gastro-pH-monitoring was held at baseline and on the 4—6th day of Ornistat treatment, and hours-long gastro-pH-monitoring was performed on the 4—6th day. The control of efficacy of *H. pylori* monitoring with the breath urease test with <sup>13</sup>C-labeled urea was held 1 month after the treatment completion. The results of the study proved the acid-blocking effect of the complex antihelicobacter preparation Ornistat, the level of successful *H. pylori* eradication was 90 %.

### Контактна інформація

Палій Ірина Гордіївна, д. мед. н., проф. кафедри  
21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56  
Тел. (432) 671653. E-mail: dpaliy@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 19 лютого 2010 р.