

# Возможности назначения лансопризола

## В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

**И.Г. ПАХОМОВА, Е.Ю. ПАВЛОВА**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

### Информация об авторах:

**Пахомова Инна Григорьевна** – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Меч-

никова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, тел.: +7(921) 757-45-60, e-mail: [pakhomova-inna@yandex.ru](mailto:pakhomova-inna@yandex.ru)

**Павлова Елена Юрьевна** – к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса, Федеральное государ-

ственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, тел.: +7(911) 986-60-44, e-mail: [epavlova.doc@mail.ru](mailto:epavlova.doc@mail.ru)

### РЕЗЮМЕ

Кислотозависимые заболевания представляют собой актуальную проблему современной гастроэнтерологии. Антисекреторные средства являются препаратами первой линии в лечении данной патологии, лидерами среди которых являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Ввиду широкого представительства препаратов данной группы на фармацевтическом рынке, врач стоит перед выбором назначения того или иного ИПП и в большинстве случаев выбор обуславливают аспекты клинической эффективности, безопасности и рентабельности. В ряде многочисленных исследований показана клинико-экономическая целесообразность применения одного из современных представителей ИПП лансопризола. Применение данного препарата представлено на клиническом примере.

**Ключевые слова:** кислотозависимые заболевания, изжога, ИПП, лансопризол

**Для цитирования:** Пахомова И.Г., Павлова Е.Ю. Возможности назначения лансопризола в практике врача амбулаторного звена. *Медицинский совет*. 2019;12:87-92. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-87-92>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

# Possibilities for prescribing lansoprazole

## IN THE OUTPATIENT PRACTICE

**Inna G. PAKHOMOVA, Elena Yu. PAVLOVA**

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Mechnikov North-Western State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation: 191015, Russia, St. Petersburg, Kirochnaya St., 41

### Authors information:

**Pakhomova Inna Grigorievna** – Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of Ryss Chair of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietology, State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Mechnikov North-Western State Medical University» of the

Ministry of Health of the Russian Federation, Tel.: +7(921) 757-45-60, e-mail: [pakhomova-inna@yandex.ru](mailto:pakhomova-inna@yandex.ru).

**Pavlova Elena Yurievna** – Cand. of Sci. (Med.), Tiching Assistant of Ryss Chair for Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietology, State

Budgetary Educational Institution of Higher Education «Mechnikov North-Western State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

### ABSTRACT

Acid-dependent diseases are an urgent problem of modern gastroenterology. Antisecretory agents are first-line drugs in the treatment of this pathology, the leaders among which are proton pump inhibitors (PPI). Due to the wide representation of this group of drugs in the pharmaceutical market, the doctor is faced with a choice of destination of a PPI and in most cases the choice is determined by aspects of clinical efficacy, safety and profitability. A number of numerous studies have shown the clinical and economic feasibility of using one of the modern representatives of PPI lansoprazole. The use of this drug is presented in a clinical example.

**Keywords:** acid-dependent diseases, heartburn, PPI, lansoprazole

**For citing:** Pakhomova I.G., Pavlova E.Yu. Possibilities for prescribing lansoprazole in the outpatient practice. *Meditsinsky Sovet*. 2019;12:87-92. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-87-92>.

**Conflict of interest:** The author declare no conflict of interest.

**И**нгибиторы протонной помпы занимают стойкие лидирующие позиции в лечении кислото-зависимых заболеваний органов пищеварения в целом. Между тем известно, что история лечения кислото-зависимой патологии с использованием природных кислотонейтрализующих соединений начинается с глубокой древности. Однако первые антисекреторные препараты, полученные путем химического синтеза с доказанным и стандартизированным эффектом, появились только в XX в., а самые эффективные из них – во второй половине XX в. [1]. Так, бурное развитие фармакологии привело к появлению более мощных, по сравнению с препаратами белладонны, антисекреторных средств. Улучшенным преемником препаратов красавки некоторое время выступал селективный препарат пирензепин (Гастроцепин), блокирующий только М1-холинорецепторы париетальных клеток главных желудочных желез. Ключевым же моментом в развитии данного направления в фармакотерапии кислото-зависимых заболеваний органов пищеварения стала идентификация H<sub>2</sub>-рецепторов париетальных клеток, что послужило толчком для разработки их фармакологических блокаторов. За это уникальное открытие James Black в 1988 г. был удостоен Нобелевской премии в области физиологии и медицины. Препараты данного класса обладали для своего времени достаточно высокой активностью, однако ряд побочных эффектов (диарея, головные боли и др.) существенно ограничивал их применение. Следующей вехой в развитии антисекреторной терапии явилось открытие в 1973 г. A. Ganser и J. Forte H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-АТФазы в кислотопродуцирующих клетках лягушки-быка, что послужило в дальнейшем созданию в 1979 г. первого промышленного ингибитора протонной помпы (ИПП) омепразола, а в последующем и других представителей данной группы препаратов.

На сегодняшний день ИПП прочно занимают свои позиции как базисные средства лечения кислото-зависимых заболеваний органов пищеварения. Современные препараты обладают высокой специфичностью и максимальным уровнем подавления базальной кислотопродукции (90–99%).

ИПП лишены недостатков других антисекреторных препаратов, действующих на рецепторный аппарат париетальной клетки. У них нет «феномена усталости рецепторов», поэтому они действуют длительно. Кроме того, у ИПП отсутствует зависимость от табакокурения и пола. Нет системного антисекреторного влияния на пищеварительные железы, присущие холинолитикам и антагонистам H<sub>2</sub>-рецепторов. При проведении эрадикации *H. pylori* они увеличивают стабильность и продолжительность действия антибиотиков.

Применение ИПП позволило достичь значительных успехов в лечении в первую очередь язвенной болезни, распространенность, частота рецидивов и осложненных форм которой, благодаря совершенствованию антисекреторной и эрадикационной терапии, неуклонно из года в год снижается. ИПП широко применяются в профилактике и в лечении НПВП-индуцированных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Первой линией лечения во всех случаях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) постулируется назначение адекватных доз ИПП, а также длительность их применения в зависимости от формы рефлюксной болезни. Многочисленные рекомендации и обзоры, вплоть до настоящего времени, свидетельствуют о несомненных с точки зрения доказательной медицины успехах антисекреторной терапии пациентов с ГЭРБ в отношении как кратко-, так и долгосрочных перспектив [2].

Кроме того, ИПП применяются в терапии эпигастрального болевого синдрома при функциональной диспепсии, хроническом панкреатите, а также при синдроме Золлингера – Эллисона.

Для достижения успешности лечения и устойчивости ремиссии некоторых КЗЗ рекомендуется длительный (месяцами и в некоторых случаях – годами) прием антисекреторных препаратов в постоянном, интермиттирующем режиме или режиме on demand (по требованию).

В настоящее время в гастроэнтерологической и терапевтической практике используются ИПП с несколько различающимися химической структурой и механизмом действия. Широко применяются омепразол (исторически первый, «эталонный» ИПП), лансопразол, пантопразол, рабепразол, а также эзомепразол.

Ввиду широкого представительства препаратов данной группы на фармацевтическом рынке, врач зачастую стоит перед выбором назначения того или иного ИПП и в большинстве случаев выбор обуславливают аспекты клинической эффективности, безопасности и рентабельности. В этой связи хотелось отметить лансопразол, который был синтезирован (после омепразола) в 1988 г. В клиническую практику препарат введен в 1991 г. [3]. Лансопразол, как и другие ИПП, относится к пролекарствам, из которых в последующих реакциях образуются активные вещества, обеспечивающие необходимый терапевтический эффект.

Лансопразол абсорбируется в кишечнике. При приеме 30 мг данного ИПП его максимальная концентрация в плазме составляет 0,75–1,15 мг/л и достигается в течение 1,5–2 ч. Химическая структура лансопразола обуславливает важное фармакодинамическое свойство – способность быстро вызывать антисекреторный эффект. Согласно результатам двойного слепого плацебо-контролируемого перекрестного метода отмечена эквивалентность антисекреторного эффекта 30 мг лансопразола и 40 мг омепразола, 15 мг лансопразола и 20 мг омепразола. Кроме того, лансопразол быстрее подавлял желудочную секрецию, чем омепразол. В другом открытом многоцентровом перекрестном рандомизированном исследовании оценивалась фармакодинамика лансопразола и рабепразола [4]. Показаны дозозависимый антисекреторный эффект препаратов и преимущество в скорости наступления антисекреторного эффекта при приеме лансопразола в дозе 30 мг по сравнению с соответствующими показателями в случае применения рабепразола в дозе 20 мг.

Лансопразол отличается от омепразола структурой радикалов на пиридиновом и бензимидазольных кольцах и более выраженной липофильностью. Так же как и омепразол, он связывается с молекулами цистеина 813 и 892,

● **Таблица.** Фармакокинетические показатели ИПП (Hubber R. et al., 1996; Welage L.S., Berardi R.R., 2000; Andersson T. et al., 1998; Spencer C.M., Faulds D., 2000, Yasuda S. et al., 1994)

● **Table.** Pharmacokinetic indicators of IPPs [Hubber R. et al., 1996; Welage L.S., Berardi R.R., 2000; Andersson T. et al., 1998; Spencer C.M., Faulds D., 2000, Yasuda S. et al., 1994]

Характеристика	Омепразол	Лансопризол	Пантопризол	Рабепразол	Эзомепразол
Биодоступность (однократный/повторный прием)	35–40%/65%	80–91%/80–91%	77%/77%	52%/52%	50–64%/89%
Связь с белками	95%	98–99%	98%	97%	97%
AUC (мкмоль/л•ч)	1,3±0,3	5,0±1,7	12±3,5	2,0±0,8	5,2±1,4
T <sub>1/2</sub> (ч)	0,5–1,2	1,3–3,0	1,0–1,9	1,0–2,0	1,0–1,5
T <sub>стах</sub> (ч)	0,5–3,5	1,5–2,2	2,0–4,0	2,0–5,0	0,5–3,5
Метаболизм через систему цитохрома P450	CYP2C19 CYP3A4 CYP2D6 CYP2C8 CYP1A2	CYP2C19 CYP3A4	CYP2C19 CYP3A4	CYP2C19 CYP3A4 CYP2D6	CYP2C19 CYP3A4 CYP2D6 CYP2C8 CYP1A2
Выведение	Почки 77–82%, ЖКТ 18–23%	Почки 14–23%, ЖКТ 77–86%	Почки 71–82%, ЖКТ 18–29%	Почки 90%, ЖКТ 10%	Почки 80%, ЖКТ 20%
Частота развития побочных реакций	3–3,4%	1,8–4,1%	1,1–7%	1–5%	2–3,5%

находящимися в 6-м и 8-м трансмембранных сегментах H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-АТФазы, кроме того, лансопризол связывается еще и с цистеином 321, находящимся в конце третьего экстрацеллюлярного сегмента [5].

ИПП существенно различаются по своей биодоступности (табл.). Лансопризол характеризуется достаточно высокой и постоянной величиной биодоступности, что обусловлено высокой липофильностью препарата. Связывание препарата с белками плазмы составляет 98%.

Еще один очень важный фармакокинетический показатель – площадь под фармакокинетической кривой «концентрация – время» (AUC – Area Under the Curve), которая отражает количество препарата, достигшего протонной помпы. Понимание величины данного показателя имеет важное значение с позиции кратности приема ИПП. Так, омепразол следует назначать 2 раза в день. Препараты с наибольшим показателем AUC (пантопризол, лансопризол и эзомепразол) большинству больных достаточно принимать однократно.

Поскольку лансопризол является антисекреторным препаратом, он может влиять на всасывание кетоконазола, солей железа, дигоксина и др. Препарат не взаимодействует с этанолом, кофеином, преднизолоном, пероральными контрацептивами.

Результаты многих исследований позволяют сделать вывод о высоком профиле безопасности лансопризола при длительном применении [4, 5]. В клинических испытаниях отмечена хорошая переносимость препарата. Побочные эффекты встречаются редко: диарея (3,7%), головная боль (2,5%), тошнота (2,2%), кожные реакции (2,0%), головокружение (1,8%).

В практике врача амбулаторного звена достаточно часто встречается такая жалоба, как изжога, что подтверждается отечественными популяционными исследованиями. Так, согласно результатам исследования МЭГРЕ

(Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России», 2006), изжога эпизодически возникает у 47,5% взрослых россиян, 1 р/нед и чаще – у 9% опрошенных [6]. Важно отметить, что и практические врачи, и сами пациенты порой недооценивают значение изжоги. Данный симптом либо игнорируется, либо нередко лечится самостоятельно, независимо от выраженности проявления изжоги. Врачи, в свою очередь, недостаточно осведомлены об изжоге и заболеваниях, симптомом которых она является, недооценивают ее последствия и нерационально проводят лечение.

Как правило, изжогу считают одним из наиболее характерных симптомов ГЭРБ. ГЭРБ подразделяют на неэрозивную (эндоскопически негативную ГЭРБ (НЭРБ) при наличии соответствующих симптомов без выявления эрозий при эндоскопическом исследовании) и эрозивную (эндоскопически позитивную (ЭРБ) при наличии признаков ГЭРБ с выявлением эрозий в пищеводе) [2]. Патогенез этих форм несколько различен, а именно: при эрозивной форме ГЭРБ наблюдаются высокая кислотная экспозиция пищевода и нарушение противорефлюксных механизмов; для больных НЭРБ может быть характерна как высокая, так и низкая кислотная экспозиция пищевода.

Типичным для изжоги при ГЭРБ считается усиление ее при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении. Важно отметить, что интенсивность и частота изжоги (как дневной, так и ночной) прямо зависят от показателей индекса массы тела, что соответствует предрасположенности людей с избыточным весом к ГЭР. В ряде популяционных европейских исследований продемонстрирована корреляционная связь между избыточной массой тела и появлением симптомов ГЭРБ [7].

Между тем нередкой и серьезной проблемой, с которой приходится сталкиваться практикующим врачам,

является лекарственная патология пищевода, в том числе связанная с приемом НПВП. Так, согласно данным некоторых исследователей, прием НПВП (включая низкие дозы аспирина) способен существенно (примерно в два раза) увеличивать вероятность развития пептического эзофагита с риском образования язв, кровотечения или формирования стриктуры [8]. Значение данной проблемы определяется чрезвычайно широким использованием НПВП в качестве эффективного и доступного средства для патогенетической терапии боли и воспаления. Повреждающее действие НПВП в большей мере обусловлено опосредованным снижением эффективности защитных антирефлюксных механизмов и устойчивости слизистой пищевода к повреждающему действию данного класса препаратов. Клинически НПВП-ассоциированные повреждения пищевода проявляются симптоматикой ГЭРБ.

Основное терапевтическое направление лечения ГЭРБ, как уже было отмечено выше, – использование ИПП, которые назначаются в стандартных дозах. Если же к 7-му дню терапии нет должного эффекта (купирование изжоги, регургитации), необходимо провести дополнительное исследование причин неэффективности терапии (суточный рН-мониторинг), среди которых могут быть недостаточная суточная доза ИПП либо низкая комплаентность больного. Если ИПП не обеспечил достаточного подавления кислотопродукции желудка, необходимо увеличить дозу препарата или заменить его.

Определяющим критерием эффективности ИПП при лечении ГЭРБ считается время поддержания внутрижелудочного рН более 4,0 и скорость его достижения [4]. При этом основным критерием эффективности терапии ГЭРБ независимо от ее варианта является быстрое и стойкое купирование симптомов, и прежде всего изжоги [9].

Одним из ИПП, позволяющим быстро достичь рН > 4, является лансопризол. По данным ряда других исследований, среднее значение рН при приеме 30 мг лансопризола составило 4,6 и время достижения рН > 4 после разовой дозы лансопризола – 130 мин [10].

Достаточно частым сочетанием в амбулаторной практике является комбинация ГЭРБ и хронического панкреатита (ХП), причем нередко такое сочетание имеет место на фоне ожирения. В качестве практической иллюстрации приведем клинический пример ведения такого пациента.

Пациентка К., 47 лет, обратилась с жалобами на периодическую изжогу на фоне диетических погрешностей, боли ноющего характера в эпигастрии, в правом подреберье, возникающие через 30–40 минут после еды, приобретающие более интенсивный характер после приема жирной, жареной, острой пищи. Кроме того, отмечает постоянное подташнивание, усиливающееся после еды, чувство горечи во рту (редко), часто – метеоризм, кашицеобразный стул до 2–3 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи, плохо смываемый. Стала раздражительной, отмечала снижение работоспособности. Со стороны других органов и систем активно жалоб не предъявляла.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной около семи лет, когда стала отмечать боли в эпигастрии и изжогу на фоне приема НПВП (диклофенака ретард, нимесули-

да, мелоксикама – точно указать, на какой НПВП чаще, не могла), принимала данные препараты по поводу болей в поясничной области. Принимала короткими курсами омепразол, маалокс – с положительным эффектом. Последние два года стала отмечать боли и в околопупочной области, иногда в левом фланке живота различной интенсивности спастического, реже ноющего характера после нарушений в питании, на фоне стрессовых ситуаций, урчание в животе. Стул со склонностью к запорам, однако отмечала и эпизоды послабления, кашицеобразный, с кусочками непереваренной пищи, нормализующийся после приема но-шпы, адсорбентов, а также соблюдения диеты. Обращалась дважды к терапевту (гастроэнтеролога, со слов, в поликлинике нет), после обследования поставлен диагноз «ГЭРБ, синдром раздраженного кишечника» (результаты обследования предоставлены не были), при болях был назначен омепразол, спазмолитик мебеверин, курсами получала пре- и пробиотики, соблюдение диеты, на фоне чего отмечала некоторое улучшение. В дальнейшем при аналогичных симптомах использовала подобное лечение.

За два месяца до обращения после очередного застоя через сутки отметила интенсивные боли в эпигастрии и околопупочной области, усиливающиеся после приема жареной и жирной пищи, иногда с иррадиацией в спину, однократную рвоту, тошноту. Также отметила появление практически постоянной изжоги. Через несколько дней изменилась консистенция и частота стула: стул стал жидким, до 3 раз в сутки, более обильный, с кусочками непереваренной пищи, плохо смываемый, с жирным блеском; стала отмечать вздутие и урчание в животе. Самостоятельно принимала омепразол 20 мг утром, дротаверин 2 таблетки на прием, активированный уголь, пробиотик, а также, со слов, старалась соблюдать диету: пищу принимала чаще, малыми порциями, исключила жареное, острое и жирное. Самочувствие несколько улучшилось, изжога практически не беспокоила, боль стала менее интенсивной, стул кашицеобразный. Однако при малейшем расширении диеты: приеме спиртного (шампанского, вина), перекусывании в кафе – перечисленные жалобы усиливаются.

Из анамнеза жизни: работает бухгалтером, частые стрессы, питается неправильно, нерегулярно, часто бутерброды, перекусы в кафе, употребляет много кофе, нередко ест на ночь. Не курит, алкоголь (со слов, вино, шампанское, иногда коньяк) употребляет только на банкетах в небольших количествах, однако бывает переедание. Перенесенные заболевания: аппендэктомия в детстве, со слов, на УЗИ находили ранее изменения в желчном пузыре и почках (точно сказать не могла), травм не было. По результатам ФГДС, со слов, гастрит, недостаточность кардии. Наследственные заболевания: сахарный диабет, ИБС, ГБ, ЖКБ. Эпидемиологический анамнез: детские инфекции; гепатиты, кишечные инфекции и другое отрицала. Аллергологический анамнез спокойный.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, суховаты, тургор немного снижен, видимые слизистые без изменений. Имеются

ярко-красные высыпания на коже живота и груди (симптом Тужилина). Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет.

Язык обложен белым налетом у корня. Живот несколько вздут, урчит, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, в холедохопанкреатической зоне Шоффара и точке Мейо – Робсона. При глубокой пальпации сигмовидная кишка плотноэластической консистенции, безболезненная, подвижная, не урчит. Печень, селезенка не увеличены, безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. В остальном – без изменений.

При объективном обследовании других органов и систем – без отклонений.

Был установлен предварительный диагноз «ГЭРБ, недостаточность кардии. Хронический панкреатит, рецидивирующее течение, в стадии обострения».

В результате обследования было выявлено: амилаза крови – 106 ед/л (N 10–100), амилаза мочи – 574 ед/л (N 100–500), в копрограмме: кал неоформленный, кашицеобразный, скрытая кровь – отриц., амилорея, креаторея, стеаторея, йодофильная флора ++; копрологическая эластаза-1 – 192 мкг/г (N 200–500).

На ФГДС: неполное смыкание кардиального жома. Слизистая пищевода гиперемирована, отечна в дистальном отделе. Желудок воздухом расправляется, слизистая ярко гиперемирована, отечная, в антральном отделе множество простых и полных эрозий диаметром 0,3–0,8 см. Хелпил-тест Нр (-). Привратник свободно проходим, смыкаем. Луковица 12пк и постбульбарный отдел – слизистая гиперемирована. БДС – не изменен.

13С-уреазный дыхательный тест – отрицательный.

При УЗИ: желчный пузырь имеет суженную и S-образную шейку, содержимое неоднородное (крупнодисперсная взвесь), ширина холедоха 5 мм. Поджелудочная железа незначительно увеличена в области головки, контуры неровные, диффузные дистрофические изменения поджелудочной железы, вирсунгов проток не визуализируется.

Был установлен диагноз «ГЭРБ, катаральный дистальный эзофагит. Недостаточность кардии. Эрозивный антральный Нр-негативный гастрит. Дуоденит. Хронический панкреатит, обострение, с болевым синдромом и проявлениями экзокринной недостаточности умеренной степени выраженности. Дисфункция желчного пузыря на фоне деформации шейки. Билиарный сладж».

Было назначено лечение: соблюдение диеты (механически, химически щадящая, малыми порциями); ингибитор протонного насоса (лансопризол) 30 мг 1 р/д за 30 мин до еды утром 1 месяц, в дальнейшем 15 мг – по требованию; ферментный препарат панкреатина 25000 3 р/д во время еды (месяц), 10000 на перекусы; спазмолитик (мебеверин) 200 мг 2 р/д (14 дней), рифаксимин – 7 дней, затем пробиотик 1 кап 1 р/д – 1 месяц. На фоне терапии изжога, боль в эпигастрии и тошнота купированы, стул нормализовался, общее самочувствие улучшилось.

Комментарии по обследованию и терапии пациентки.

По данным гастроскопии выявлен дистальный катаральный эзофагит, который подтвердил наличие у пациентки ГЭРБ. Вероятнее всего, усиление изжоги и появление

эрозий в антральном отделе желудка обусловлено не только нарушением в питании и образе жизни пациентки, но и применением НПВП.

Показатели содержания амилазы крови и мочи на сегодняшний день недостаточно специфичны. Вместе с тем при обострении ХП повышение активности амилазы в моче более выражено, чем в сыворотке (по сравнению с изменением амилазы сыворотки крови при поражении почек); может сохраняться в течение 8–10 дней от начала острого панкреатита, когда показатель активности этого фермента в сыворотке крови нормализуется (через 2–4 дня). Крайне актуальным является определение эластазы-1 в кале, которая абсолютно специфична для ПЖ и не детектируется ни в каких других органах или тканях. В отличие от других энзимов (амилаза, химотрипсин), экскретируемых ПЖ, эластаза-1 в процессе пассажа по кишечному тракту не подвергается даже минимальной деградации и выделяется в фекальные массы в неизменном, интактном состоянии. В большинстве случаев УЗИ оказывается достаточным для качественной визуализации всех отделов ПЖ, ее паренхимы и протоковой системы, несмотря на признание таких методов инструментального обследования, как КТ и МРТ, для постановки диагноза ХП. Высокой информативностью обладает метод эндоскопической ультрасонографии – эндоУЗИ (информативность больше или равна диагностическим возможностям КТ, МРТ и ЭРХПГ), позволяет детально изучить структуру ткани органа, состояние протоковой системы, провести дифференциальную диагностику панкреатита с раком ПЖ, оценить размеры парапанкреатических лимфоузлов и выявить конкременты протоковой системы. В нашем клиническом примере для инструментальной диагностики было достаточно УЗИ.

Основным направлением в лечении ГЭРБ, как уже было отмечено, является назначение ИПП. Эта же группа препаратов обоснованно назначается и при НПВП-индуцированных поражениях верхних отделов ЖКТ. Кроме того, как известно, ХП является кислотозависимым заболеванием, в терапии которого также применяются в составе комплексной терапии ИПП [11]. Назначение ИПП за счет подавления выработки соляной кислоты опосредованно приводит к уменьшению образования секретина и в определенной мере холецистокинина. Назначение ферментов вызывает генерализованное торможение секреторной деятельности ПЖ и по механизму обратной связи обеспечивает условия физиологического покоя органа, а также нормализует экзокринную функцию органа. Нашей пациентке был рекомендован лансопризол, способный быстро и стойко купировать изжогу, а также ускорять заживление эрозий. Влияние на секреторную деятельность желудка после однократного применения сохраняется на протяжении 12–24 часов, а после курсового лечения – в течение 4 суток.

Таким образом, учитывая определенные фармакологические свойства (в первую очередь быстрый антисекреторный эффект), доказанную клиническую эффективность и хороший профиль безопасности, ИПП лансопризол можно активно рекомендовать для терапии кислотозависимой патологии.



Поступила/Received 26.05.2019

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Каратеев А.Е., Пахомова И.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенетические основы дифференцированной тактики лечения. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2009;2:104-114. [Tkachenko E.I., Uspensky Yu.P., Karateev A.E., Pakhomova I.G. Gastroesophageal reflux disease: pathogenetic basis of differentiated therapeutic approach. *Experimentalnaya i Klinicheskaya Gastroenterologiya*. 2009;2:104-114.] (In Russ).
- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические рекомендации. М.: Российская гастроэнтерологическая ассоциация, 2014. 23 с. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S. et al. Gastroesophageal reflux disease. Clinical guidelines. M.: Russian Gastroenterological Association, 2014. 23 p.] (In Russ).
- Tateno M., Nakamura N. Phase I study of lansoprazole (AG-1749) antiulcer agent. Capsule form. *Rmsho Iyaku* 1991;7:51-62.
- Толман К.Г., Тойбель Й., Варрингтон С. Сравнение эффективности влияния однократного и повторного приема лансопразола и рабепразола на внутрижелудочное pH в течение 24 часов у здоровых добровольцев. *Рус. мед. журн.* 2007. Т. 15;23:1-5. [Tolman K.G., Taubel Y., Warrington S. Comparison of the effects of single and repeated doses of lansoprazole and rabeprazole on 24-hours intragastric pH in healthy volunteers. *Ros Med. Zhurn.* 2007. V. 15;23:1-5.] (In Russ).
- Исаков В.А. Ингибиторы протонного насоса: их свойства и применение в гастроэнтерологии. М., 2001. 304 с. [Isakov V.A. Proton pump inhibitors: properties and use in gastroenterology. M., 2001. 304 p.] (In Russ).
- Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Кожурина Т.С., Машарова А.А., Фирсова Л.Д., Сафонова О.В. Большой с изжогой: тактика врача общей практики. *Лечащий врач*. 2009;7:5-8. [Lazebnik L.B., Bordin D.S., Kozhurina T.S., Masharova A.A., Firsova L.D., Safonova O.V. A patient with heartburn: general practitioner tactics. *Lechashchi Vrach*. 2009;7:5-8.] (In Russ).
- Hampel H., Abraham N.S., El Serag H.B. et al. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann. Intern. Med.* 2005;143:199-211.
- Каратеев А.Е., Успенский Ю.П., Пахомова И.Г., Насонов Е.Л. Прием НПВП и патология пищевода: связь с основными симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, частота развития и факторы риска эрозивного эзофагита. *Эксперим. и клин. гастроэнтерол.* 2008;3:6-11. [Karateev A.E., Uspensky Yu.P., Pakhomova I.G., Nasonov E.L. Use of NSAIDs and esophageal pathology: association with the main symptoms of gastroesophageal reflux disease, incidence of development and risk factors for erosive esophagitis. *Experim. i Klin. Gastroenterol.* 2008;3:6-11.] (In Russ).
- Саблин О.А., Бакушкин И.А. Клинические и фармакоэкономические аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Consilium medicum*. 2004;3:1-4. [Sablin O.A., Bakushkin I.A. Clinical and pharmacoeconomic aspects of the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Consilium Medicum*. 2004;3:1-4.] (In Russ).
- Matheson A. J., Jarvis B. Lansoprazole: an update of its place in the management of acid-related disorder. *Drugs*. 2001;61:1801-1835.
- Пахомова И.Г. Дифференцированный подход к противоболевой терапии при хроническом панкреатите. *Consilium medicum, Гастроэнтерология*, 2013;1:5-8. [Pakhomova I.G. Differentiated approach to pain therapy in chronic pancreatitis. *Consilium medicum, Gastroenterologia*, 2013;1:5-8.] (In Russ).



ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

www.med-sovet.pro

- АРХИВ ЖУРНАЛА С УДОБНЫМ ПОИском
- НОВОСТНОЙ РАЗДЕЛ
- ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТАМ И ЗАДАЧАМ

НАШИ ГРУППЫ В СОЦСЕТЯХ



Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов ВАК РФ. Журнал индексируется службой «Российский индекс научного цитирования» (РИНЦ), размещен в Электронной научной библиотеке.

105082,  
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.  
Тел.: 8 495 780 3425  
факс: 8 495 780 3426,  
khitrov@remedium.ru