

УДК 615.2/3.03:37

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ****Зацепина Е.Е., Арльт А.В., Куянцева А.М., Сергиенко А.В., Лысенко Т.А.,  
Савенко И.А., Саркисян К.Х., Ивашев М.Н.***ГБОУ ВПО «Пятигорская ГФА» Минздравсоцразвития России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru*

В настоящей статье представлен материал, который отражает эволюцию терапевтического подхода в лечении язвенного процесса в желудочно-кишечном тракте, ассоциированного с излишней продукцией соляной кислоты (Маастрихтские соглашения гастроэнтерологов с 90-х годов прошлого столетия до настоящего времени).

**Ключевые слова:** клиническая фармакология, образовательный процесс**CLINICAL PHARMACOLOGY OF ANTIULCER PREPARATIONS  
IN EDUCATIONAL PROCESS OF STUDENTS****Zatsepina E.E., Arlt A.V., Kuyantseva A.M., Sergienko A.V., Lysenko T.A.,  
Savenko I.A., Sarkisyan K.H., Ivashev M.N.***Pyatigorsk State Pharmaceutical Academy, Pyatigorsk, e-mail: ivashev@bk.ru*

In the present article the material which reflects evolution of a therapeutic approach in treatment of ulcer process in zheludochno – the intestinal path, associated with excessive production of hydrochloric acid (The Maastricht agreements of gastroenterologists from 90th years of last century so far) is presented.

**Keywords:** clinical pharmacology, educational process

На сегодняшний день нет общепринятой классификации язвенной болезни, но в клинической практике выделяется язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, ассоциированная или неассоциированная с Хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*), медикаментозные и симптоматические язвы.

Собственно сам патогенез язвенной болезни представляет собой сложное мультифакторное сочетание и характеризуется гетерогенностью, хроникой, различной периодичностью рецидивирования, порой непредсказуемыми вариантами течения, прогрессирования, у части пациентов возможно развитие серьезных осложнений. В развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта экспериментально доказано участие центральной нервной системы, изменение кардиогемодинамики, нейро-гуморальных систем, кожно-висцеральных рефлексов и др. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Внимание к проблеме язвенных патологий желудочно-кишечного тракта определено не только повсеместным распространением данной болезни (до 15% взрослого населения), но и отсутствием достаточно надежной терапии, приводящей к вспышкам рецидивов заболевания.

Первые показания к эрадикационной терапии язвенной болезни обсуждались на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Австралии (г. Сидней) в 1990 г. В то время терапия антагонистами H<sub>2</sub>-рецепторов считалась наиболее эффективной. Позднее

в США было решено к антисекреторным препаратам добавить антибиотики. Затем в 1996 г. на первом Маастрихтском консенсусе гастроэнтерологов, был сформирован алгоритм лечения пациентов с данной патологией. На втором Маастрихтском консенсусе в 2000 г., сократили количество схем антихеликобактерной терапии и предложили (для стран ЕС) в клинике использовать (не менее 7 дней) в качестве терапии первой линии две схемы лечения: в качестве базового препарата – один из ингибиторов протонной помпы или блокатор H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов с двумя антибиотиками (кларитромицин + амоксициллин или метронидазол). Последующее совершенствование клинических схем по лечению патологий гастродуоденальной зоны прослеживалось так же в Московских соглашениях. В 2006 г. стали доступны данные о результатах третьего Маастрихтского соглашения. В 2011 г. были проведены ряд конгрессов гастроэнтерологов, последний из которых, проведенный с 22 по 26 октября в Стокгольме принято называть четвертым Маастрихтским соглашением. В образовательном процессе на кафедре клинической фармакологии со студентами обсуждаются варианты линий клинических подходов антихеликобактерной терапии хеликобактерассоциированной язвенной болезни:

1. Один ингибитор протонной помпы (ИПП, например омепразол 20-40 мг) + кларитромицин (500 мг) + амоксициллин (1000 мг) или метронидазолом

(400–500 мг). Два раза в день в течение от 7 до 10 дней, с последующей трёхнедельной монотерапией ИПП.

2. Квадротерапия. При отсутствии эрадикации хеликобактерий после лечения тройной терапией первой линии. Один ингибитор протонной помпы (два раза в день) + висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день) + метронидазол (400–500 мг три раза в день) + тетрациклин (50 мг 4 раза в день). Продолжительность терапии 7 дней.

3. Терапия проводится при отсутствии эрадикации хеликобактерий после проведения терапии второй линии по клинической схеме: один из ингибиторов протонной помпы в стандартной дозе, висмута трикалия дицитрат (240 мг), фуразолидон (200 мг). Все препараты принимаются два раза в день. Продолжительность лечения 7 дней.

При выборе клинической схемы лечения язвенных патологий хеликобактерассоциированных, решающим было то, что у большей части пациентов тройная антихеликобактерная терапия увеличивает возможность добиться полноценной эрадикации, а это значит уменьшить количество препаратов, нивелировать появления побочных действий и что немаловажно уменьшить финансовую нагрузку при такой схеме лечения. И надо так же отметить, что прием фуразолидона приводит к большему проявлению побочных эффектов, чем метронидазол (Маастрихтские соглашения подтверждают целесообразность применения метронидазола для эрадикации *Helicobacter pylori*).

Выстраиваемая клиническая схема – алгоритм терапии язвенной болезни должна делать упор на проявление максимального эффекта и вместе с тем снижать вероятность проявления возможных побочных

осложнений, а так же учитывать индивидуальные особенности конкретного больного. При этом клинический фармаколог должен уметь отслеживать целесообразность и своевременность коррекций в схемах лечения патологий желудочно-кишечного тракта.

#### Список литературы

1. Фармакологическая активность новых веществ и препаратов в эксперименте / А.В. Арлыт [и др.] // *International Journal on Immunorehabilitation* (Международный журнал по иммунореабилитации). – 2009. – Т. 11. – №1. – С. 142–142.
2. Моделирование патологических состояний кожи у крыс и мышей / Д.А. Бондаренко [и др.] // *Цитокины и воспаление*. – 2010. – Т.9. – №4. – С. 28–31.
3. Дугин С.Ф. Исследование роли нейро-гуморальных систем в патогенезе экспериментальной хронической сердечной недостаточности / С.Ф. Дугин, Е.А. Городецкая, М.Н. Ивашев, А.Н. Крутиков // *Информационный бюллетень РФФИ*. – 1994. – Т.2. – №4. – С. 292.
4. Ивашев М.Н. Антигипоксический эффект производного фенотиазина МИКС-8 / М.Н. Ивашев, Г.В. Масликова, К.Х. Саркисян // *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки*. – 2012. – №2. – С. 74–76.
9. Особенности кардиогемодинамики при применении золетила у лабораторных животных / М.Н. Ивашев [и др.] // *Научные ведомости Белгородского государственного университета*. – 2012. – №4(123). – Вып. 17/1. – С. 168–171.
10. Маршалкин М.Ф. Прямое подтверждение лучшей усвояемости нативных белков по сравнению с денатурированными / М.Ф. Маршалкин, М.Н. Ивашев, А.В. Сергиенко, Я.Н. Кучерявая // *Успехи современного естествознания*. – 2003. – №2. – С. 64–67.
11. Масликова Г.В. Роль селена и его соединений в терапии цереброваскулярных заболеваний / Г.В. Масликова, М.Н. Ивашев // *Биомедицина*. – 2010. – №3. – С. 94–96.
12. Савенко И.А. Фармакологическое исследование влияния когитума на моделированную патологию желудка крыс / И.А. Савенко, А.В. Крищенко, А.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // *Биомедицина*. – 2010. – № 5. – С. 123–125.
13. Саркисян К.Х. Фармакотерапия аритмий / К.Х. Саркисян, М.Н. Ивашев // *Новая аптека. Аптечный ассортимент*. – 2009. – № 8. – С. 43–45.
14. Сергиенко А.В. Влияние метронидазола и ликопида на экспериментальное воспаление / А.В. Сергиенко, М.У. Алиева, К.Т. Сампиева, М.Н. Ивашев // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2009. – №8. – С. 68–74.