

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ**



**II Науково-практична internet-конференція
з міжнародною участю**

**«МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І
ХВОРОБ ТА ЇХНЯ ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ»**

**21 ЛИСТОПАДА 2019
ХАРКІВ-Україна**

**MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
NATIONAL UNIVERSITY OF PHARMACY
DEPARTMENT PATHOLOGICAL PHISIOLOGY**



**II scientific and practical
Internet Conference with international participation**

**«MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF PATHOLOGICAL
PROCESSES AND THEIR PHARMACOLOGICAL
CORRECTION»**

**NOVEMBER 21, 2019
KHARKIV – Ukraine**

ІПП-МАНІЯ – ЗАГРОЗА МАЙБУТНЬОМУ УКРАЇНСЬКОЇ НАЦІЇ

Авраменко А. О.

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

м. Миколаїв, Україна

aaahelic@gmail.com

Визначення ролі гелікобактерної інфекції (НР), відкритої у 1983 році, як етіологічного чинника хронічного неатрофічного гастриту, виразкової хвороби, і раку шлунку повинно було зумовити створення схем лікування, які б впливали тільки на цей етіологічний фактор. На жаль, у світовій гастроентерології продовжує домінувати концепція про роль кислотно-пептичного як агресора, який пошкоджує слизову шлунку і дванадцятипалої кишки, тому для лікування хронічного неатрофічного гастриту і виразкової хвороби згідно з Маастріхтського консенсусу всіх 5-ти скликань усі схеми ерадикації використовують інгібітори протонної помпи (ІПП) без гідного контролю за рівнем кислотності шлункового соку. У доступній літературі не було знайдено даних про вплив штучного зниження рівня кислотності на наслідки, яким піддаються хворі після припинення первинного використання ІПП, що і стало приводом для проведення наукової роботи.

Було обстежено 69 хворих на хронічний неатрофічний гастрит, з яких 31 (44,9%) проходили лікування з використанням стандартної потрійної терапії - ІПП + 2 антибіотики (амоксицилін (Флемоксин Солютаб) : по 0,5 г х 4 рази на добу і кларитроміцин: по 0,5 г х 2 рази на добу), 38 (55,1%) – квадратерапію (до першої схеми додавався Де-нол: по 1 таб. х 4 рази на добу). Курс лікування – від 7 до 14 діб. Строк проведення комплексного обстеження після лікування – від 15 до 35 діб.

При опитуванні хворих було з'ясовано, що всі хворі в 100% випадків на 5 – 9 добу після припинення лікування відмічали виразну нестерпну печію, яка виникала не тільки після їжі, але й при фізичному навантаженні, причому 43 (62,3%) пацієнтів до початку лікування зовсім не знали це почуття. Усі пацієнти були вимушені самостійно приймати ІПП через кожні 3 – 5 діб. Строк безперервного використання ІПП- від 1,5 до 4 місяців.

Комплексне обстеження включало проведення внутрішньо шлункову рН-метрію, езофагогастроуденоскопію, подвійне тестування на гелікобактерну інфекцію (уреазний тест і мікроскопування забарвлених мазків-відбитків слизової шлунку з 4-х топографічних зон шлунку), гістологічне дослідження біоптатів слизової шлунку також з 4-х топографічних зон: середня третина антрального відділу по великій і малій кривині; середня-верхня третина тіла шлунку по великій і малій кривині.

При аналізі даних було з'ясовано, що рівень кислотності шлункового соку у 69-ти (100%) хворих відповідав гіперацидності виразній. У всіх пацієнтів в 100% випадків було підтверджено наявність хронічного неатрофічного гастриту з різним ступенем активності; у 39-ти (56,5%) було виявлено атрофію залоз при ступені виразності (+) – (+++); у 12-ти (17,4%) – дисплазію при ступені виразності (+)-(++); у 5-ти (7,3%) – товстокишкову метаплазію при ступені

виразності (++)-(+++), причому усі випадки товсто кишкової метаплазії і 7 (58,3%) випадків дисплазії при ступені виразності (++) на слизовій середньо-верхньої третини тіла шлунку по малій кривині. Наявність НР- інфекції також було підтверджено в 100% випадків, а саме у вигляді внутрішньоклітинних «депо» у слизовій тіла шлунку в середній-верхній третині по малій кривині зі ступенем обсіменіння від (++) до (+++).

Отримані дані можна пояснити з точки зору негативного впливу ІПП на систему травлення. По закінченню використання ІПП виникає феномен «віддачі», тобто різке підвищення рівня кислотності шлункового соку, що може тривати до 3-х місяців. При цьому збільшується об'єм «кислотної кишені», що збільшує тиск на ніжній стравохідний сфінктер і призводить до виникнення печії як після їжі, яка виштовхує своїм об'ємом шлунковий сік у стравохід, так і при фізичному навантаженні, яке призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску, який передається на шлунок. Нестерпна печія, яка при цьому виникає, змушує хворих знову і знову використовувати ІПП і формує залежність цих хворих від цієї групи препаратів, тобто – ІПП-манію.

Це може призвести до дуже негативних наслідків, тому що ІПП вільно і безконтрольно продаються в усіх аптеках, де працівники цих закладів, щоб підвищити прибутки, рекомендують хворим ці препарати як безпечні засоби проти печії. Однак транслокація із антрального відділу НР-інфекції і формування її внутрішньоклітинних «депо» в верхній третині тіла шлунку під дією ІПП призводить до виникнення передракових змін слизової шлунку, що різко підвищує ймовірність виникнення проксимального раку шлунку, особливо при низькому рівні імунного захисту. Враховуючи той факт, що зараз на Україні склалася ситуація, яка дуже негативно впливає на імунітет усього населення країни (стрес, пов'язаний з війною на Сході України; низький рівень життя; забруднення навколишнього середовища), прогноз майбутнього української нації – невтішний, бо подальше використання ІПП може призвести до фармакологічного геноциду.