

УДК 616.33/342-002.3-085.324

И.Ф. Киваева¹, В.Д. Головачева¹, М.А. Яцкова¹, Е.Ю. Добряков¹, С.П. Крыжановский¹, Л.А. Иванушко²

¹ Медицинское объединение ДВО РАН (690022 г. Владивосток, ул. Кирова, 54), ² НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН (690087 г. Владивосток, ул. Сельская, 1)

КОМПЛЕКСНАЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА К ПИЩЕ ИЗ ХИТОЗАНА И МОЛЛЮСКАМА КАК СРЕДСТВО СОПРОВОЖДЕНИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ключевые слова: язвенная болезнь, хитозан, моллюскам.

Приведены результаты исследования эффективности биологически активной добавки к пище «Хитозан Приморский» как средства сопровождения базисной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В гастроэнтерологической клинике на материале 60 наблюдений показано репаративное действие биологически активной добавки: у пациентов раньше происходило рубцевание язвенных дефектов и купирование основных клинических симптомов болезни.

Заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, широко распространены среди населения. Актуальность проблемы лечения этих болезней во всем мире определяется ростом числа людей с данной патологией, что обусловлено прежде всего неправильным и неполноценным питанием, повышающейся агрессивностью факторов окружающей среды, психоэмоциональными стрессами, вредными привычками (курение, алкоголь). Огромную роль в возникновении заболеваний этой группы играет присутствие на слизистой желудка микроорганизма *Helicobacter pylori*. Природные биологически активные вещества, на основе которых создают многие лекарства и биологически активные добавки (БАД) к пище, широко применяются в настоящее время в комплексе лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Они снижают риск осложнений, ускоряют и облегчают течение патологического процесса, а также позволяют значительно уменьшить дозы препаратов, используемых в комплексе базисного лечения.

Одним из перспективных средств, которые могут включаться в комплекс базисной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, является БАД «Хитозан Приморский». В состав этой добавки входят хитозан, полученный из панциря краба, добываемого в экологически чистых районах Тихого океана, и моллюскам — комплекс свободных аминокислот (50–70%), низкомолекулярных белков (19–25%), липидов (менее 1%), углеводов (менее 1%), минеральных веществ (7,9–8,5%), гистидинсодержащих дипептидов (2–14,3%). Хитозан обладает ранозаживляющим действием, а моллюскам является источником заменимых и незаменимых аминокислот для синтеза белка и иммуномодулятором [1, 2]. «Хи-

тозан Приморский» разрешен к применению в качестве БАД к пище (свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.3524.4.06 от 21.04.2006 г.).

Целью настоящей работы был анализ эффективности «Хитозана Приморского» в качестве средства сопровождения базисной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Под наблюдением в медобъединении ДВО РАН в 2007–2009 гг. находились 60 пациентов: 24 — с язвенной болезнью желудка и 36 — с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Обследование проводили в первые дни поступления в стационар до назначения лечения и после 14-дневного курса терапии. Оно включало в себя общеклинические, традиционные лабораторные и специальные методы исследования. Степень активности воспалительных изменений слизистой оболочки при эндоскопии оценивали по классификации П.Я. Григорьева (1986).

Все пациенты получали базисную терапию: амоксициллин (1 г, 2 раза в день), кларитромицин (0,5 г, 2 раза в день), омепразол (20 мг, 2 раза в день). 30 из них (1-я группа) терапии принимали БАД «Хитозан Приморский» — по 2 капсулы 3 раза в день. Оставшиеся 30 человек, таким образом, сформировали 2-ю (контрольную) группу.

Диагностику хеликобактерной инфекции осуществляли при помощи уреазного теста с использованием диагностикумов производства НИИ экспериментальной кардиологии и фармакологии (Санкт-Петербург). Исследовали биоптаты, полученные при фиброгастродуоденоскопии из луковицы 12-перстной кишки, антрального отдела, угла и средней или верхней трети тела желудка. Для анализа кислотопродуцирующей функции желудка по методу В.Н. Ситникова и др. [4] применяли эндоскопическую рН-метрию с использованием ацидогастромера АГМ-03. Концентрацию цитокинов в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства «Протеиновый контур» (IL-4 — интерлейкин-4) и «Цитокин» (TNF α — фактор некроза опухоли-альфа). Статистическую обработку данных проводили по общепринятым формулам с использованием компьютерной программы Excel 7.

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. По основным клиническим параметрам (полу, возрасту, длительности, тяжести течения болезни,

Киваева Ирина Федоровна — врач-терапевт Медицинского объединения ДВО РАН; тел.: 8 (4232) 31-32-89, e-mail: niem_vl@mail.ru.

наличия сопутствующей патологии) пациенты обеих групп были сопоставимы (табл. 1). Во всех случаях эндоскопически было диагностировано обострение язвенной болезни, размер дефектов слизистой оболочки составлял в среднем 7,5 мм. Количество больных, инфицированных *H. pylori*, оказалось близким в обеих группах: 1-я группа – 30%, 2-я группа – 23,3%. Показатели желудочной секреции в теле желудка соответствовали умеренной гиперацидности, на уровне антрального отдела желудка – субкомпенсация оше-

лачивания, показатели щелочного времени отражали умеренное повышение продукции соляной кислоты. Критериями эффективности терапии были:

- 1) эффективность купирования основных симптомов болезни (боль, изжога, тошнота);
- 2) положительная динамика воспалительных изменений в гастродуоденальной слизистой оболочке;
- 3) эффективность рубцевания язвенных дефектов.

До лечения боль в эпигастральной области отмечали все пациенты, изжогу и тошноту – примерно 2/3 и 1/3 больных соответственно. После 14-дневного курса лечения в 1-й группе боли и диспептические проявления исчезли уже к концу первой недели, то есть быстрее, чем у пациентов контрольной группы (табл. 2). В 1-й группе после курса лечения полное заживление язвенных дефектов наступило у 25 из 30 пациентов (83,3%). У оставшихся 5 человек отмечена выраженная положительная эндоскопическая динамика в виде уменьшения размеров язвы в 2–3 раза (средний диаметр – $2,5 \pm 0,3$ мм). В контрольной группе через 14 дней полное рубцевание язвенных дефектов произошло лишь у 19 из 30 наблюдаемых (63,3%). У 9 человек (30%) язвы уменьшились в 2–3 раза (в среднем – до $2,6 \pm 0,6$ мм). В 2 случаях (6,7%) уменьшения язвенных дефектов не зарегистрировано.

Исследования показали, что использование БАД «Хитозан Приморский» в комплексе базисной терапии позволяет ускорить репаративные процессы в области язвенных дефектов желудка и двенадцатиперстной кишки, что, по-видимому, обусловлено системным действием хитозана и моллюскана, входящих в этот биопротектор.

Известно, что хитин, хитозан и их производные, как и другие полисахариды, оказывают выраженное влияние на факторы врожденного и адаптивного иммунитета [3]. Механизм стимулирующего влияния этих биополимеров объясняется их способностью влиять на процессы, происходящие на начальных этапах иммуногенеза и на этапе поглощения и презентации антигена с передачей антигенной информации. В литературе имеются данные об активации препаратами хитина и хитозана ряда цитокинов. Так, M. Otterlei et al. [6] отмечали выработку моноцитами человека TNF α под действием хитозана. Однако на нашем материале концентрация провоспалительного (TNF α) и противовоспалительного (IL-4) цитокинов в сыворотке крови пациентов, принимавших БАД, не изменялась, оставаясь в пределах показателей здоровых доноров. Так, концентрация TNF α до лечения составила $3,25 \pm 0,57$ пг/мл, после лечения – $3,57 \pm 1,04$ пг/мл, IL-4 – $4,34 \pm 1,28$ и $4,55 \pm 1,57$ пг/мл соответственно (разница статистически недостоверна). Что касается моллюскана, то комплекс заменимых и незаменимых аминокислот в настоящее время рассматривается как источник эссенциальных компонентов строительного материала для синтеза белка, как средства антиоксидантной защиты. Этот биорегулятор

Таблица 1
Клиническая характеристика больных

Показатель		1-я группа		2-я группа	
		абс.	%	абс.	%
Пол	муж.	14	46,7	17	56,7
	жен.	16	53,3	13	43,3
Средний возраст, лет		51,2 \pm 4,7		52,8 \pm 4,5	
Длительность анамнеза	до 5 лет	11	36,7	12	40,0
	6–10 лет	7	23,3	8	26,7
	11–15 лет	6	20,0	6	20,0
	более 15 лет	6	20,0	4	13,3
Локализация язвы	луковица	20	66,7	16	53,3
	тело желудка	1	3,3	2	6,7
	антральный отдел	8	26,7	10	33,3
	угол желудка	1	3,3	2	6,7
Размер язвенного дефекта	малый (<0,5см)	7	23,3	6	20,0
	средний (0,5–1см)	15	50,0	17	56,7
	большой (>1см)	8	26,7	7	23,3
Симптомы до лечения	болевого	30	100,0	29	96,7
	тошнота	7	23,3	6	20,0
	тяжесть	30	100,0	28	93,3
	отрыжка	10	33,3	9	30,0
	изжога	20	66,7	18	60,0
	запор	9	30,0	11	36,7
	понос	0	0,0	0	0,0
	слабость	29	96,7	30	100,0
Объективные данные	мышечная защита	29	96,7	29	96,7
	локальная болезненность	28	93,3	26	86,7
	обложенность языка	26	86,7	27	90,0
Сопутствующие заболевания	гастродуоденит	30	100,0	30	100,0
	панкреатит	24	80,0	20	66,7
	СРК ¹	10	33,3	11	36,7
	резекция желудка	3	10,0	2	6,7
Тяжесть течения язвенной болезни	легкая	3	10,0	4	13,3
	средняя	21	70,0	22	73,4
	тяжелая	6	20,0	4	13,3

¹ Синдром раздраженного кишечника.

Таблица 2
Срок купирования основных клинических симптомов

Группа	Боль				Изжога				Тошнота			
	до лечения		на 14-е сут.		до лечения		на 14-е сут.		до лечения		на 14-е сут.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я	28	93,3	0	0,0	20	66,7	0	0,0	7	23,3	2	6,6
2-я	29	96,7	2	6,6	18	60,0	3	10,0	6	20,0	1	3,3