



Е. В. Колесникова, Т. А. Соломенцева
ГУ «Национальный институт терапии
имени Л. Т. Малой НАМН Украины», Харьков

Опыт применения препарата «Доктовит» в лечении НПВП-гастропатии

Цель — изучить влияние препарата «Доктовит» на клинические симптомы заболевания, частоту эпителизации язв и эрозий, а также динамику морфологических изменений слизистой оболочки желудка у пациентов с гастропатией, вызванной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов (26 мужчин и 34 женщины) с НПВП-гастропатией, не ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Средний возраст — $(46,1 \pm 3,2)$ года. Пациенты основной группы ($n=30$) получали ингибитор протонной помпы — пантопразол по 40 мг 2 раза в сутки и препарат «Доктовит» по 1 таблетке 3 раза в сутки, пациенты группы сравнения ($n=30$) — только пантопразол в стандартной суточной дозе в течение 30 дней. Всем больным проводили клиническое обследование, фиброгастродуоденоскопию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка.

Результаты. В группе больных, принимавших «Доктовит», отмечена более быстрая нормализация клинических симптомов. К концу третьей недели лечения в основной группе было статистически значимо меньше больных, предъявляющих жалобы. Лечение способствовало стиханию воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, эпителизации эрозий. В основной группе отсутствие эрозивных повреждений наблюдали у 29 (96 %) больных, в группе сравнения — у 22 (73 %). Назначение препарата «Доктовит» также способствовало более выраженному снижению активности воспаления в слизистой оболочке желудка по данным гистологического исследования. Препарат хорошо переносился, не вызывал побочных реакций.

Выводы. Предложенная схема лечения НПВП-гастропатии с использованием препарата «Доктовит» способствует быстрому купированию клинических симптомов, эпителизации эрозий, улучшает гистологическую картину слизистой оболочки желудка. Высокая эффективность препарата и хороший профиль безопасности позволяют широко использовать его в клинической практике.

Ключевые слова: НПВП-гастропатия, эрозии желудка, репаранты, витамин U, «Доктовит».

В настоящее время важнейшей патологией, ассоциированной с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), является НПВП-гастропатия. Для данного заболевания характерно повреждение слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с развитием эрозий и язв желудка и/или двенадцатиперстной кишки и угрожающих жизни осложнений, таких как желудочно-кишечное кровотечение и перфорация [6]. В связи с широким использованием НПВП по разным показаниям НПВП-гастропатия часто встречается в популяции и приобрела характер не только медицинской, но и социальной проблемы [4]. Лечение НПВП-гастропатии

представляет собой непростую задачу. Даже полная отмена НПВП не способствует эпителизации повреждения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и не снижает риск кровотечения, а при невозможности отмены препаратов данной группы задача лечения НПВП-гастропатии еще более усложняется.

Ранее для лечения НПВП-гастропатии широко применяли антацидные препараты, сукральфаты, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов. Однако препараты этих групп как средство предупреждения и лечения НПВП-гастропатий себя не оправдали. Большие надежды возлагали на специально созданный синтетический аналог простагландина E — мизопростол. Препарат, связываясь с рецепторами париетальных клеток желудка, угнетает секрецию желудочного сока

и соляной кислоты, усиливает образование бикарбоната и слизи, улучшает кровоток и оказывает цитопротективное действие. Такие фармакологические эффекты препарата позволяли предположить его высокую эффективность при лечении повреждений слизистой оболочки, связанных с применением НПВП, однако в клинической практике препарат не нашел широкого применения из-за недостаточной эффективности и наличия побочных эффектов, наиболее существенными из которых являются диарея, чувство жжения за грудиной и в эпигастриальной области, стимулирующее действие на гладкую мускулатуру ЖКТ и миометрия [5].

В настоящее время золотым стандартом лечения кислотозависимых повреждений слизистой оболочки желудка, индуцированных приемом НПВП, признаны ингибиторы протонной помпы (ИПП) [9]. ИПП являются наиболее эффективными препаратами с точки зрения подавления желудочной кислоты и профилактики образования язв и эрозий при приеме НПВП. Препараты данной группы можно применять длительное время, поскольку они имеют высокий профиль безопасности и редко вызывают побочные эффекты [3]. Однако при использовании стандартных схем терапии с использованием ИПП эффективность лечения снижается. Все чаще приходится прибегать к дополнительному назначению препаратов других групп для регенерации слизистой оболочки желудка. Одним из таких препаратов является препарат «Докто-вит». В состав таблетированной формы препарата входит декспантенол (367,5 мг — кофермент витамина B₅), метилметионинсульфония хлорид (50,0 мг — витамин U), целлюлоза микрокристаллическая (100,0 мг E460), двуокись кремния, стеарат магния (E 470) оболочка таблетки (Opandry White): гидроксипропилцеллюлоза (E464), гидроксипропилметилцеллюлоза (E463), титана диоксид (E171), тальк (E553), вода очищенная. «Доктовит» может быть рекомендован в качестве дополнительного источника витаминов B₅ и U. Препарат способствует нормализации регенеративных процессов, секреторной и моторной функции органов ЖКТ, нормализации процессов пищеварения.

S-метилметионинсульфония хлорид впервые был обнаружен в тканях покрытосеменных растений, особенно большое количество его содержится в сырой капусте. Он получил название «витамин U» (от лат. *ulcus*) из-за влияния на заживление язв, хотя в качестве витамина он официально еще не утвержден [8]. Первые сообщения о применении витамина U для лечения язвенной

болезни датируются 1956 г. Исследователи сообщали о проведении двойного слепого плацебо-контролируемого исследования с применением витамина U в течение 3 нед у 50 пациентов с активной пептической язвой. Исследование проведено в период с мая 1953 по декабрь 1954 г. У 24 из 26 пациентов, которым назначили препарат, содержащий витамин U, отмечено заживление язвенного дефекта. Таким образом, эффективность терапии составила 92,3 %. Авторы сделали вывод, что витамин U явно превосходит плацебо в лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки [2]. Витамин U применяют при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническом гастрите (при нормальной, пониженной и повышенной секреции), гастропатиях. Лучшие результаты отмечены у больных с недостаточной секреторной функцией желудка. Полагают, что механизм действия связан со стимуляцией заживления повреждений слизистой оболочки ЖКТ, что обусловлено способностью отдавать метильные группы, необходимые для процессов синтеза в организме. Метилируя гистамин, витамин U превращает его в неактивную форму, а это способствует уменьшению желудочной секреции и обуславливает обезболивающий эффект. Обычно препарат хорошо переносится.

Провитамин B₅ (декспантенол) нормализует пищеварение за счет воздействия на двигательную активность ЖКТ и его секреторную функцию. Он также стимулирует регенерацию и восстановление слизистых оболочек, обеспечивая клетки необходимой энергией. Комплексное воздействие витамина U и провитамина B₅ обеспечивает нормализацию желудочной секреции и стимулирует заживление эрозивных и язвенных повреждений ЖКТ.

В клинике ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малої НАМН України» проведено клиническое постмаркетинговое открытое параллельное исследование эффективности и безопасности препарата «Доктовит» (ООО «Апосан», Украина) при лечении пациентов с НПВП-гастропатией.

Цель работы — оценить влияние препарата «Доктовит» на основные клинические симптомы заболевания, частоту эпителизации язв и эрозий, морфологические изменения слизистой оболочки желудка у пациентов с НПВП-гастропатией.

Материалы и методы

Обследованы 60 пациентов (26 мужчин и 34 женщины) с НПВП-гастропатией, не ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Все больные дали

добровольное письменное согласие на участие в исследовании. Возраст пациентов составил от 38 до 67 лет, средний возраст — $(46,1 \pm 3,2)$ года.

В соответствии с задачами исследования больных распределили на две группы. Пациенты основной группы ($n = 30$) получали пантопразол по 40 мг 2 раза в сутки и препарат «Доктовит» по 1 таблетке 3 раза в сутки после еды, запивая небольшим количеством воды, в течение 30 дней. Пациенты группы сравнения ($n = 30$) получали только терапию ИПП в стандартной суточной дозе в течение 30 дней.

Диагноз НПВП-гастропатии устанавливали на основании данных анамнеза (прием НПВП), клинических симптомов диспепсии, данных видеогастродуоденоскопии. В исследование не включали больных с инфекцией *H. pylori*. Для диагностики *H. pylori* использовали Stool-test с определением антигена *H. pylori* в кале и быструю уреазную реакцию во время проведения эндоскопического исследования. Состояние пациентов оценивали на протяжении 30 дней. Исследованием было предусмотрено 4 визита в клинику. Во время первого визита (базовый визит) пациент подписывал информированное согласие на участие, проводили оценку клинических симптомов, забор образцов для анализа крови и мочи, видеогастродуоденоскопию, назначали лечение, во время второго визита (через 7 дней лечения) — клиническую оценку эффективности терапии, регистрацию побочных явлений, во время третьего визита (через 14 дней от начала терапии) — клиническую оценку эффективности терапии, регист-

рацию побочных явлений, взятие образца крови, во время четвертого визита (на 30-й день терапии (окончание исследования)) — оценку клинических симптомов, взятие образцов крови и мочи, видеогастродуоденоскопию, регистрацию побочных явлений, оценку переносимости препаратов.

Клиническое обследование включало опрос и осмотр больных.

Интенсивность основных клинических синдромов оценивали по 10-балльной шкале (наиболее сильный симптом — 10 баллов, наиболее слабый — 1 балл).

Для определения безопасности препарата «Доктовит» изучали клинические симптомы и биохимические показатели крови и мочи. Образцы крови и мочи брали утром натощак. Показатели крови определяли с помощью гематологического анализатора MS 4 (Melet Schloesing Laboratoires, Франция), клинический анализ мочи — по общепринятой методике.

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки проводили с помощью видеоэндоскопической системы Olympus. Визуально оценивали морфологические изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, выполняли прицельную биопсию из антрального отдела и тела желудка. Для оценки тяжести повреждений слизистой оболочки желудка использовали модифицированную шкалу Lanzascore [7] (табл. 1).

Для изучения динамики активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка проводили гистологическое исследование с определением степени воспалительной инфильтрации слизистой оболочки желудка, наличия и стадии атрофии и кишечной метаплазии. Патологические изменения оценивали полук количественным методом по визуально-аналоговой шкале в соответствии с требованиями Сиднейско-Хьюстонской классификации [1] и регистрировали как сильные «+++» (3 балла), средние «++» (2 балла), слабые «+» (1 балл).

Безопасность препарата оценивали на основании динамики объективных критериев и субъективных симптомов, переносимость препарата — по субъективным критериям (органолептические свойства препарата, удобство приема, наличие или отсутствие неприятных ощущений, связанных с употреблением препарата) по 5-балльной шкале (1 балл — не переносится пациентом, 2 балла — плохая, 3 балла — удовлетворительная, 4 балла — хорошая, 5 баллов — отличная).

Статистическую значимость отличий определяли с помощью t-критерия Стьюдента (статистически значимые — при $p < 0,05$).

Таблица 1. Эндоскопическая характеристика тяжести повреждений слизистой оболочки желудка при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов

Степень повреждения	Характеристика изменения слизистой оболочки желудка
0	Отсутствие эрозий (язв) и петехий
1	2 и менее эрозий и петехий в одном отделе желудка (субкардия, тело или анtrum)
2	3—10 эрозий и петехий в одном отделе желудка
3	Более 10 эрозий и петехий в одном отделе желудка
4	Свыше 10 эрозий и петехий более чем в одном отделе желудка
5	Язвы желудка или двенадцатиперстной кишки

Результаты и обсуждение

Случаев досрочного прекращения исследования из-за возникновения побочных эффектов или отказа от дальнейшего участия в исследовании не было.

При оценке эффективности терапии учитывали динамику абдоминально-болевого синдрома, изжоги, диспепсического синдрома, включающего отрыжку воздухом, тошноту, метеоризм, другие диспепсические жалобы, а также частоту эпителизации язв и эрозий, изменение гистологической картины слизистой оболочки желудка.

Данные относительно динамики основных клинических синдромов представлены на рис. 1.

В обеих группах зафиксирована положительная динамика клинических симптомов к концу терапии, но в основной группе клинические симптомы исчезали быстрее. Все пациенты основной группы и группы сравнения, предъявлявшие жалобы на изжогу, отметили значительное уменьшение ее выраженности уже на 7-е сутки лечения (с $(6,2 \pm 1,5)$ до $(2,7 \pm 1,3)$ балла в основной группе и с $(6,5 \pm 1,2)$ до $(3,3 \pm 1,2)$ балла в группе сравнения; $p < 0,05$). Интенсивность абдоминально-болевого синдрома также уменьшилась у большей части пациентов. Интенсивность абдоминальной боли в основной группе составила $(5,1 \pm 1,4)$ балла до лечения и $(3,7 \pm 1,3)$ балла на 7-е сутки, в группе сравнения — $(4,8 \pm 1,4)$ и $(4,1 \pm 1,4)$ балла соответственно. Наиболее выраженными были диспепсические симптомы. Отмечена незначительная их динамика на 7-е сутки лечения. Так, у больных основной группы выраженность диспепсии снизилась с $(7,7 \pm 1,9)$ до $(6,1 \pm 2,1)$ балла на 7-е сутки терапии, в группе сравнения — с $(7,1 \pm 1,6)$ до $(6,2 \pm 1,3)$ балла (статистически незначимо по сравнению с началом лечения).

При анализе клинических данных на 14-е сутки от начала терапии отмечено, что интенсивность болевого синдрома в основной группе уменьшилась до $(2,1 \pm 1,5)$ балла, в группе сравнения — до $(3,2 \pm 1,6)$ балла, изжоги — соответственно до $(0,7 \pm 0,2)$ и $(0,9 \pm 0,5)$ балла. Статистически значимых отличий между группами не выявлено. Интенсивность диспепсических явлений в основной группе уменьшилась до $(2,0 \pm 0,9)$ балла, в группе сравнения — до $(4,2 \pm 0,7)$ балла ($p < 0,05$).

После проведенного лечения абдоминальная боль сохранялась у 2 больных основной группы и 3 — группы сравнения. Суммарный индекс боли составил $(0,5 \pm 0,05)$ и $(1,1 \pm 0,3)$ балла соответственно. Изжога у больных в основной группе не возникала, в группе сравнения сохранялась у 2 пациентов. Симптомы диспепсии отмечены

у 1 больного в основной группе и 7 — группы сравнения. Средняя выраженность симптомов диспепсии — $(0,2 \pm 0,1)$ балл в основной группе и $(2,1 \pm 0,2)$ балла в группе сравнения ($p < 0,05$).

Под влиянием проводимой терапии снижалась пальпаторная болезненность живота. Исчезновение болезненности брюшной полости у больных основной группы наблюдали в среднем на $(5,7 \pm 2,5)$ сутки лечения, в группе сравнения — на $(7,6 \pm 3,1)$ сутки, однако отличия были статистически незначимыми.

До лечения гиперемии и отека слизистой оболочки антрального отдела желудка наблюдали у всех больных, признаки воспаления в теле желудка — у 17 (56%) больных основной группы и 14 (46%) — группы сравнения, признаки дуоденита — соответственно у 22 (73%) и 19 (63%) больных (рис. 2). У всех пациентов выявлена

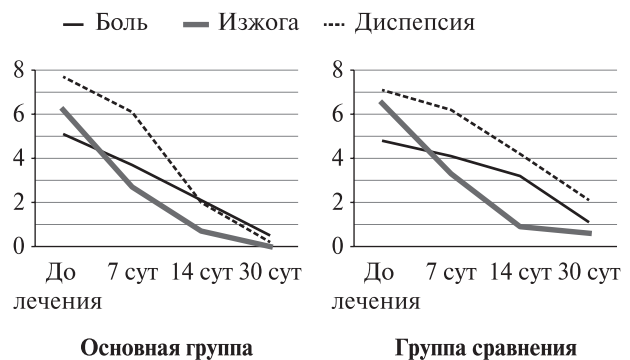


Рис. 1. Динамика основных клинических синдромов при лечении препаратом «Доктовит»

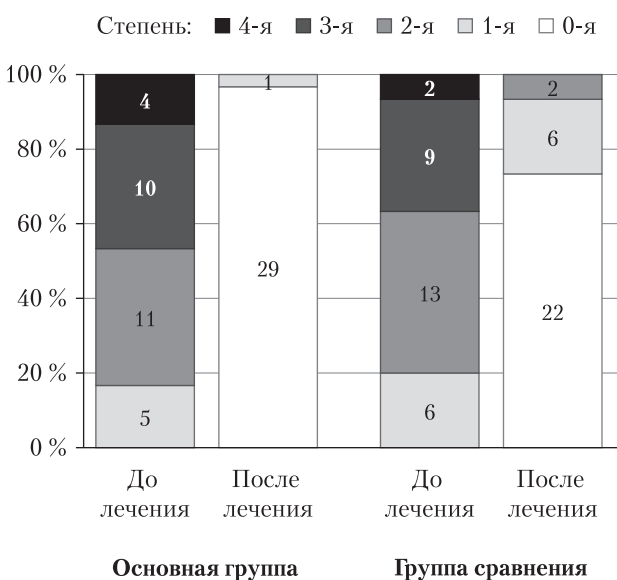


Рис. 2. Эндоскопические изменения НПВП-гастропатии по шкале Lanza под влиянием лечения препаратом «Доктовит»

Таблиця 2. Гистологические изменения в слизистой оболочке антрального отдела желудка у больных под влиянием лечения, оценка по визуально-аналоговой шкале, баллы

Показатель	Основная группа (n = 30)		Группа сравнения (n = 30)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Степень инфильтрации полиморфноядерными лейкоцитами	2,38 ± 0,26	0,21 ± 0,11	2,61 ± 0,23	1,23 ± 0,05*
Степень инфильтрации мононуклеарными клетками	2,46 ± 0,19	0,20 ± 0,16	2,38 ± 0,21	1,19 ± 0,04*
Атрофия	0,52 ± 0,09	0,42 ± 0,08	0,42 ± 0,09	0,53 ± 0,06
Кишечная метаплазия	0,24 ± 0,06	0,22 ± 0,07	0,17 ± 0,01	0,13 ± 0,02

* Отличия статистически значимы ($p < 0,05$) по сравнению с основной группой.

эрозивная гастродуоденопатия разной степени тяжести, у части больных — характерные для НПВП-гастропатии петехии, у небольшого количества пациентов — контактная кровоточивость.

У большинства пациентов после окончания курса терапии отмечено уменьшение гиперемии слизистой оболочки и эпителизация эрозий. В основной группе единичные эрозии выявлены в одном случае, в группе сравнения — у 6 больных. У 1 пациента зафиксирована 2-я степень повреждения слизистой оболочки желудка.

Воспалительные изменения в слизистой оболочке желудка в виде инфильтрации эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки полиморфноядерными лейкоцитами и мононуклеарными клетками были обнаружены до лечения у всех больных (табл. 2).

После лечения отмечено статистически значимое снижение степени активности гастрита в антральном отделе желудка у больных обеих групп. Атрофия и кишечная метаплазия статистически значимо не уменьшались. В основной группе выявлены статистически значимо ($p < 0,05$) более низкая степень активности гастрита по сравнению с группой сравнения.

При изучении эффективности комбинированной терапии особое внимание уделяли переносимости и безопасности препарата «Доктовит», в частности, влиянию на показатели периферической крови. Существенных отклонений от референсных значений не выявлено, статистически значимых отличий между группами не было. Основные показатели мочи не претерпели существенных изменений после лечения. Ухудшения состава периферической крови и мочи не обнаружено ни у одного больного. Неприятных ощущений, связанных с приемом препарата «Доктовит», больные

не отмечали. Переносимость препарата как отличную оценили 22 пациента, как хорошую — 7, как удовлетворительную — 1. Аллергических реакций за весь период наблюдения не было. При использовании обоих вариантов терапии побочные эффекты практически не наблюдались, отмечено лишь небольшое кратковременное послабление стула у 2 больных группы сравнения, купированное самостоятельно и не потребовавшее отмены терапии.

Выводы

Оба варианта лечения способствовали уменьшению или полному купированию основных клинических симптомов обострения НПВП-гастропатии. В группе больных, принимавших «Доктовит», отмечена более быстрая нормализация клинических симптомов. К концу третьей недели лечения в этой группе было статистически значимо меньше больных, предъявляющих жалобы.

Лечение способствовало стиханию воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, эпителизации эрозий. В группе больных, принимавших «Доктовит», отсутствие эрозивных повреждений наблюдалось у 29 (96 %) больных, в группе сравнения — у 22 (73 %).

Дополнительное назначение препарата «Доктовит» также способствовало более выраженному снижению активности воспаления в слизистой оболочке желудка по данным гистологического исследования.

Препарат хорошо переносился, не вызывал побочных реакций. Высокая эффективность препарата «Доктовит» и хороший профиль безопасности позволяют широко использовать его для лечения пациентов с НПВП-гастропатиями.

Работа выполнена при поддержке ООО «ОмниФарма Киев».

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, статистическая обработка данных, редактирование — Е. К.; сбор материала — Е. К., Т. С.; обработка материала, написание текста — Т. С.

Список літератури

1. Dixon M., Genta R., Yardley J. et al. Classification and grading of gastritis // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1996. — Vol. 20. — P. 1161—1181.
2. Cheney G., Waxler S., Miller I. Vitamin U therapy of peptic ulcer experience at San Quentin Prison // *Calif. Med.* — 1956. — Vol. 84 (1). — P. 39—42.
3. Ito T., Jensen R.T. Association of long-term proton pump inhibitor therapy with bone fractures and effects on absorption of calcium, vitamin B12, iron, and magnesium // *Curr. Gastroenterol. Rep.* — 2010. — Vol. 12. — P. 448—457.
4. Goldstein J., Cryer B. Gastrointestinal injury associated with NSAID use: a case study and review of risk factors and preventative strategies // *Drug Healthc. Patient Saf.* — 2015. — N 7. — P. 31—41.
5. Kang N., Lee O., Choi M.-G. et al. Prevention of NSAID-associated gastroduodenal injury in healthy volunteers—a randomized, double-blind, multicenter study Comparing DA-9601 with Misoprostol // *J. Korean Med. Sci.* — 2011. — Vol. 26 (8). — P. 1074—1080.
6. Khamaysi I., Gralnek I.M. Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB) — initial evaluation and management // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2013. — Vol. 27. — P. 633—638.
7. Lanza F.L. Endoscopic studies of gastric and duodenal injury after the use of ibuprofen, aspirin and other NSAIDs // *Am. J. Med.* — 1984. — N 7. — P. 19—24.
8. Pal S.N., Olsson S., Brown E.G. The Monitoring Medicines Project: A multinational pharmacovigilance and public health project // *Drug Safety.* — 2015. — Vol. 38 (4). — P. 319—328.
9. Sandesh P., Palkar P. Bioequivalence study of pantoprazole sodium-HPBCD and conventional pantoprazole sodium enteric-coated tablet formulations // *Pharmacol.* — 2013. — Vol. 2013. — P. 347—457.

О. В. Колеснікова, Т. А. Соломенцева

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Досвід застосування препарату «Доктовіт» у лікуванні НПЗП-гастропатії

Мета — дослідити вплив препарату «Доктовіт» на клінічні симптоми захворювання, частоту епітелізації виразок та ерозій, а також динаміку морфологічних змін слизової оболонки шлунка у пацієнтів з гастропатією, спричиненою прийомом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів (26 чоловіків і 34 жінки) з НПЗП-гастропатією, не асоційованою з *Helicobacter pylori*. Середній вік — $(46,1 \pm 3,2)$ року. Пацієнти основної групи ($n = 30$) отримували інгібітор протонної помпи — пантопразол по 40 мг двічі на добу та препарат «Доктовіт» по 1 таблетці тричі на добу, пацієнти групи порівняння ($n = 30$) — лише пантопразол у стандартній добовій дозі протягом 30 днів. Усім хворим проводили клінічне обстеження, фіброгастроудоденоскопію стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, гістологічне дослідження біоптатів слизової оболонки шлунка.

Результати. У групі хворих, які приймали «Доктовіт», відзначено швидшу нормалізацію клінічних симптомів. До кінця третього тижня лікування в основній групі була статистично значущо меншою кількість хворих, які пред'являли скарги. Лікування сприяло стиханню запального процесу в слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалої кишки, епітелізації ерозій. В основній групі відсутність ерозивних ушкоджень спостерігали у 29 (96%) хворих, у групі порівняння — у 22 (73%). Призначення препарату «Доктовіт» також сприяло вираженішому зниженню активності запалення в слизовій оболонці шлунка за даними гістологічного дослідження. Препарат добре переносився, не спричиняв побічні реакції.

Висновки. Запропонована схема лікування НПЗП-гастропатії із застосуванням препарату «Доктовіт» сприяє швидкому згасанню клінічних симптомів, епітелізації ерозій, поліпшує гістологічну картину слизової оболонки шлунка. Висока ефективність препарату та хороший профіль безпеки дають підставу широко використовувати його в клінічній практиці.

Ключові слова: НПЗП-гастропатія, ерозії шлунка, репаранти, вітамін U, «Доктовіт».

O. V. Kolesnikova, T. A. Solomentseva

SI «L. T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

The experience of the use of *Doktovit* preparation in the treatment of NSAID-induced gastropathy

Objective — to assess the *Doktovit* effects on the disease clinical symptoms, frequency of epithelialization of ulcers and erosions, as well as the dynamics of morphological changes in the gastric mucosa in patients with NSAID-induced gastropathy.

Materials and methods. Examinations involved sixty patients (26 men and 34 women) with NSAID-induced gastropathy, not associated with *Helicobacter pylori*, the mean age was 46.1 ± 3.2 years. Patients of the main group ($n = 30$) received a proton pump inhibitor (PPI) — pantoprazole 40 mg 2 times per day and the study drug

Doktovit in a dose of 1 tablet 3 times per day. Subjects of comparison group ($n = 30$) received only PPI therapy in a standard daily dose for 30 days. All patients underwent clinical examinations, gastroduodenoscopy of esophagus, stomach and duodenum, with a histological examination of the gastric mucosa biopsates.

Results. The faster normalization of clinical symptoms has been established in the group of patients, administered *Doktovit*. By the end of the third week of treatment, fewer complaints were registered in patients from the main group. The treatment contributed to the subsidence of the inflammatory process in the mucous membrane of the stomach and duodenum, epithelization of erosion. In the main group, absence of erosive lesions was observed in 29 (96%) patients, whereas in the comparison group only in 22 (73%) subjects. According to the histological examinations, additional *Doktovit* administration also contributed to more pronounced decrease in the activity of the gastric mucosa inflammation. The drug was well tolerated, did not cause adverse reactions.

Conclusions. The proposed scheme for the treatment of NSAID-induced gastropathy with additional DoctoVit administration promotes the rapid relief of clinical symptoms, epithelization of erosions, improves the histological picture of the gastric mucosa. The high efficacy of the drug, its good safety profile provides a basis for its wide use in clinical practice.

Key words: NSAIDs-gastropathy, gastric erosion, reparative agents, vitamin U, *Doktovit*. □

Контактна інформація

Колеснікова Олена Вадимівна, д. мед. н., заст. директора з наукової роботи
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
61039, м. Харків, просп. Любоми Малої, 2а
Тел. (572) 370-28-18. E-mail: kolesnikova1973@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 10 квітня 2017 р.