

При исследовании спермограмм пациентов такие патологические состояния как олигозооспермия, азооспермия, астенозооспермия отмечены у 20% мужчин. Согласно литературным данным примерно в 50% случаев данная патология становится причиной мужского бесплодия [7,8].

По результатам нашего исследования можно сделать следующие выводы: Большинство мужчин, обратившихся в клинику, имеют возраст от 30-40 лет, нормальную массу тела, и нормальные показатели спермограммы (нормозооспермия).

Проблемы с репродуктивным здоровьем чаще возникают у мужчин, ведущих малоподвижной образ жизни. Значительная часть обследованных мужчин имеет сопутствующие заболевания (65%), которые снижают общую реактивность организма. Поскольку при анализе внешних причин и показателей спермограммы у большинства обследованных не выявлены явные факторы, ведущие к развитию мужского бесплодия, можно предположить, что существенную роль играет генетическая обусловленность нарушения репродуктивной функции.

В связи с этим актуальным является проведение генетических исследований для объективной постановки диагноза и разработки последующей тактики планирования беременности у супружеской пары.

Список литературы:

1. Аполихин О.И., Москалева Н.Г., Комарова В.А. Современная демографическая ситуация и

проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России. //Экспериментальная и клиническая урология. 2015. №4.

2. Джамалудинова А. Ф., Гонян М. М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. — 2017. — №14.2. — С. 10-13.

3. Здоровоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. -М.,2015.С.54.

4. Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова [Электронный ресурс] <http://patient.ncagp.ru>

5. Новоселова Е.Н. Репродуктивные стратегии жителей городской агломерации (на примере Москвы). //Вестник Московского университета. Социология и политология. 2015. №2.

6. Сосновская Т.С. Бесплодие как социально-демографическая проблема России// Научное сообщество студентов: Междисциплинарные исследования: Сб. ст по материалам Студ. Научно-практической конференции № 21(32)

7. Щелочков А. М. и др. Региональные показатели фертильности у мужчин Самарской области, а также факторы, являющиеся причинами их изменения //Клиническая лабораторная диагностика. – 2012. – №. 8.

8. Шурыгина О.В., Тугушев М.Т., Байзарова А.А, Стрючков С.В. Альтернативные критерии оценки качества спермы в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Морфология. – 2017. – Т. 151, № 3. – С. 118-118а.

ПОЛЬЗА И ВРЕД ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОГО НАСОСА

*Новоселя Н.В.,
Кокуева О.В.,
Молоткова А.К.*

*Кафедра внутренних болезней с курсом гигиены и экологии.
Некоммерческое Образовательное Частное Учреждение
Высшего Образования «Кубанский медицинский институт», Краснодар*

АННОТАЦИЯ

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) широко применяются при кислотозависимых заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Вызывает беспокойство широкое применение ИПП без назначения врачей, отсутствие четких критериев отмены, неосведомленность больных о возможных рисках при длительной терапии. Около 18,5% пожилых людей постоянного получают ИПП. Есть сведения, что длительный прием этих медикаментов увеличивает риск развития инфекции *Clostridium difficile*, переломов костей, рака желудка.

Ключевые слова: ингибиторы протонной помпы, инфекция *Clostridium difficile*.

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) широко применяются при кислотозависимых заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Первый ингибитор был синтезирован в 1979 году в Швеции в «Хэссле» и начал свое применение в 1988 году под торговой маркой «Лосек», затем появились другие препараты из этой группы – лансопризол и пантопризол, рабепризол и тд. [1].

При разных заболеваниях сроки назначения варьируют. Например, при терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни Российская гастроэнтерологическая ассоциация рекомендует лечение не менее 4–8 недель и поддерживающую терапию

6–12 месяцев терапии, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами 2–4 недели [2]. Особая категория — это применение ИПП с целью гастропротекции при терапии ишемической болезни сердца аспирином или у больных, использующих антикоагулянты, здесь рекомендуется постоянное использование ИПП при невозможности отменить указанные препараты. Существует также рекомендация короткого приема ИПП «по требованию», то есть самостоятельно больными при появлении у них характерных жалоб.

Вызывает беспокойство широкое применение ИПП без назначения врачей, отсутствие четких критериев отмены, неосведомленность больных о возможных рисках при длительной терапии, в связи с чем пациенты часто приравнивают прием ИПП к потреблению витаминов. По разным данным около 18,5% пожилых людей в развитых странах постоянного получают ИПП [9]. Между тем постоянный прием увеличивает риск развития инфекции *Clostridium difficile*. Такая связь была обнаружена в нескольких метаанализах (отношение шансов (OR) = 1,74, $P < 0.001$) [8].

В проспективном исследовании выявлен повышенный риск возникновения хронической болезни почек (ХБП) у применяющих ИПП, (скорректированный риск (aHR) = 1,50, 95% ДИ = 1,14–1,96) [3]. Патогенез такой связи с ХБП до сих пор неясен. Возможно, снижение всасывания кальция при приеме ИПП ведет к активации системы паратиреоидного гормона. Известно, что постоянный прием ИПП свыше 2-х лет у женщин увеличивает риск переломов шейки бедра на 35% [5].

ИПП при длительной применении могут повышать риск развития рака желудка (более 3-х лет). Такие данные приводятся в статье авторов из Гонконга, которые проанализировали карты 63397 больных за 7,6 лет. В результате у 153 (0,24%) человек развился рак желудка несмотря на успешное проведение эрадикационной терапии *H. pylori*. Использование ИПП было связано с повышенным риском рака желудка в сравнении с приемом Н2-блокаторов (ЧСС 2,44, 95% ДИ от 1,42 до 4,20) [4].

Также выявлен повышенный риск развития деменции у пациентов, принимающих ИПП (ЧСС = 1,44, 95% ДИ = 1,36–1,52, $P < 0,001$) [6,7]. ИПП проникают через гематоэнцефалический барьер, понижают всасывание витамина В12 и повышают уровни бета-амилоида в головном мозге в моделях на мышах.

Целью исследования явилось изучение необходимости и частоты использования ИПП в реальной клинической практике гастроэнтеролога.

Обработка результатов исследования проводилась на компьютере, рассчитывались медиана (Me), 25-й и 75-й процентиля.

Под нашим наблюдением было 48 больных гастроэнтерологического профиля. Из них 31 мужчина и 27 женщин. Медиана возраста равна 38 (23; 50) лет. Хронический гастродуоденит (ХГ) выявлялся у 14 больных (29,1%) при обследовании.

Исходно 14 (29,16%) пациентов принимали различные ингибиторы протонной помпы в среднем около 1-2 месяцев, у этих больных основной диагноз ранее был ХГ, у 5 пациентов выявлялась гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Хеликобактерная инфекция была выявлена у 7 больных (14,5%), эрадикацию ранее проводили только 2 человека, у остальных пациентов статус по *H. pylori*

не известен. Обращает на себя внимание не достаточная осведомленность врачей и пациентов о рисках связанных с наличием этой инфекции и как следствие неполные действия по ее выявлению и устранению. Между тем ВОЗ уже в 1994 г. признала *H. pylori* облигатным канцерогеном. После консультации ингибиторы протонной помпы были назначены 16 (33,33%) больным в среднем на срок около 4 недель, наиболее часто был рекомендован пантопразол, в связи с наименьшим количеством у него лекарственных взаимодействий и демократичной стоимостью.

Таким образом, около 30% больных получали ИПП, выявлена низкая приверженность к выявлению и эрадикации *H. pylori*. В заключение необходимо отметить, что при назначении ИПП необходимо учитывать имеющиеся риски и точно указывать больным сроки окончания приема лекарств.

Список литературы

1. Бельмер С. В. Медикаментозная коррекция кислотозависимых состояний. Доктор. Ру. 2004, № 6, с. 6-9.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В., Баранская Е.К. и др., Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни Рос журн. гастроэнтерол. гепатол. Колопроктол. 2016;26(6) С. 50-52.
3. Antoniou T, Macdonald EM, Hollands S et al. Proton pump inhibitors and the risk of acute kidney injury in older patients: A population-based cohort study. *Can Med Assoc J Open* 2015;3:E166–E171.
4. Cheung KS, Chan EW, Wong AYS, et al Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for *Helicobacter pylori*: a population-based study *Gut* 2018;67:28-35.
5. FDA Drug Safety Communication: *Clostridium difficile*-associated diarrhea can be associated with stomach acid drugs known as Proton Pump Inhibitors (PPIs). U.S. Food and Drug Administration [on-line]. Available at <http://www.fda.gov/Drugs/Drug-Safety/ucm290510.htm>.
6. *H. pylori*. Classified as Definite Carcinogen by WHO, "Helicobacter Today" Highlights From the VII Workshop on Helicobacter pylori, Houston, Texas and the X World Congress of Gastroenterology, Los Angeles, California. 1994;2.
7. Lazarus B, Chen Y, Wilson FP et al. Proton pump inhibitor use and the risk of chronic kidney disease. *JAMA Intern Med* 2016;176:238–246.
8. Moriarty F, Bennett K, Cahir C et al. Characterizing Potentially Inappropriate Prescribing of Proton Pump Inhibitors in Older People in Primary Care in Ireland from 1997 to 2012. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:e291–e296.
9. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimizing drug treatment for elderly people: The prescribing cascade. *BMJ* 1997;315:1096–1099.