



Коморбидный пациент в практике гастроэнтеролога

В рамках XX Юбилейного Славяно-Балтийского форума «Санкт-Петербург — Гастро-2018» состоялся симпозиум, организатором которого выступила Ranbaxy, Russia a SUN PHARMA company. Прозвучали доклады, посвященные ГЭРБ у пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями, НПВП-гастропатии, расстройствам билиарного тракта и синдрому раздраженного кишечника.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями



Лазебник Леонид Борисович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, президент Научного общества гастроэнтерологов России.

Свой доклад профессор Л. Б. Лазебник начал с определения понятия коморбидности: «Коморбидность — наличие нескольких заболеваний с единым этиопатогенетическим механизмом. Если у больного диагностированы заболевания различного генеза, например перелом шейки бедра и бронхиальная астма, то врач имеет дело с полиморбидностью, а наличие нескольких коморбидных заболеваний — это мультиморбидность».

В качестве полиморбидного комплекса Леонид Борисович предложил рассмотреть клинический случай: в клинику обратилась женщина 52 лет с жалобами на постоянную изжогу, запах изо рта. Изначально больной был поставлен диагноз атрофического гастрита, осложненного *Helicobacter pylori*; она несколько раз проходила курсы лечения антибиотиками по схеме. В анамнезе — сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия. Несколько лет назад больная перенесла острый инфаркт миокарда и с тех пор постоянно принимает клопидогрел. Отягощенная наследственность: мать умерла от онкологического заболевания желудка.

Докладчик подчеркнул необходимость разграничивать клинические понятия «гастроэзофагеальный рефлюкс» (ГЭР) и ГЭРБ. Если ГЭР характеризуется ретроградным продвижением содержимого желудка через нижний пищеводный сфинктер в пищевод, то ГЭРБ — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к поражению нижнего отдела пищевода.

Профессор отметил, что ГЭРБ является кислотозависимым заболеванием, и напомнил классификацию ГЭРБ, принятую в Монреале (Канада) в 2005 г., в соответствии с которой ее синдромы подразделяются на пищеводные и внепищеводные.

Далее Леонид Борисович привел данные мировой статистики, по которым наибольший процент заболеваемости наблюдается в Турции (23,0%), США (19,8%) и России (13,3%). При этом в России ГЭРБ наиболее распространена в Москве (23,0%), Санкт-Петербурге (14,6%) и Казани (14,1%). Самый низкий показатель заболеваемости имеет Сингапур (1,1%).

При обсуждении важности своевременной и достоверной диагностики ГЭРБ профессором были представлены современные методы: рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ; электрогастрография и другие методы оценки нарушений эвакуаторной функции желудка; тера-

певтический тест с ингибитором протонной помпы (ИПП) в стандартной дозировке в течение 7–10 дней; альгинатный тест; эндоскопическое исследование; суточный рефлюкс-мониторинг пищевода; монометрия пищевода. Самым популярным методом диагностики признано эндоскопическое исследование.

Возвращаясь к ранее приведенному примеру полиморбидности, профессор указал на то, что ГЭРБ, ИБС и боли в сердце могут быть связаны между собой по причине анатомической близости органов, нарушения кровообращения, рефлекторных связей, общности внутреннего и внешнего метаболизма, системного действия лекарственных препаратов, и привел данные, согласно которым у 18–57% пациентов с болью в грудной клетке коронарные артерии не изменены, у 35% из них выявлены заболевания пищевода и желудка, сочетанная патология.

Докладчик отметил, что лечение ГЭРБ следует начинать с рекомендации пациенту изменить стиль жизни, придерживаться диеты с исключением продуктов или блюд, провоцирующих заболевание. Для быстрого облегчения изжоги могут использоваться антациды и блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов, однако препараты этих групп влияют только на симптомы.

Применение холинолитиков, НПВП может негативно повлиять на течение ГЭРБ. Нельзя забывать также о том, что у многих больных ГЭРБ наблюдается сопутствующая патология, которая нуждается в адекватной терапии.

На сегодня основным классом препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний являются ИПП. Без этих препаратов практически невозможно представить терапию ГЭРБ.

Из ИПП первым был разработан омепразол. Он же стал первым ИПП, утвержденным в России. Сегодня на российском рынке имеется достаточно много препаратов этого класса.

ИПП (омепразол, пантопразол, лансопразол) назначают 1–2 раза в сутки за 30–60 минут до приема пищи. Длительность основного курса терапии — не менее 6–8 недель.

Критерий эффективности лечения — достижение клинико-эндоскопической ремиссии: отсутствие симптомов или значительное уменьшение их выраженности при условии существенного улучшения самочувствия и качества жизни больного и эндоскопически негативная форма заболевания.

Возвращаясь к клиническому разбору полиморбидной пациентки, страдающей ИБС и принимающей клопидогрел, докладчик подчеркнул необходимость совместного примене-

ния препаратов нескольких групп, что требует выбора «правильного» ИПП, — в представленном случае это пантопразол.

К преимуществам пантопразола при лечении коморбидного большого относятся:

- минимальные риски межлекарственных взаимодействий при совместном применении с препаратами других групп за счет наименьшего сродства с системой цитохромов P-450 (в том числе пантопразол рекомендован FDA для совместного назначения с клопидогрелом);

- возможность длительного (сроком до 15 лет) безопасного приема пантопразола даже в высоких дозах вследствие высокой рН-селективности молекулы;

- предпочтительное использование для профилактики и лечения гастропатии, вызванной назначением НПВП и антиромботических препаратов.

Профессор Л. Б. Лазебник проинформировал слушателей о возможностях применения препарата Санпраз производства компании Sun Pharma. Это первый дженерик пантопразола в США и единственный из представленных в России дженериков пантопразола, имеющий одобрение FDA.

В заключение разбора клинического случая был сделан вывод о том, что в лечении большой ГЭРБ в сочетании с ИБС на фоне антиагрегантной терапии предпочтительным препаратом является пантопразол (Санпраз). ■

НПВП-индуцированная гастропатия: от патогенеза к разработке стратегии профилактики и лечения

Бордин Дмитрий Станиславович — д. м. н., профессор, заведующий отделением патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова» Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог г. Москвы.



В продолжение затронутой темы НПВП-гастропатии профессор Д. С. Бордин обратил внимание на дилемму, с которой сталкивается каждый врач, назначающий НПВП: эти препараты необходимы для устранения воспаления, боли, лихорадки, однако их действие снижает эффективность простагландинов, отвечающих за гастроинтестинальную цитопротекцию, что может приводить к повреждению слизистой оболочки желудка. Это системный эффект, возникающий вне зависимости от способа применения НПВП (*per os* или *в/м*). Проблема усугубляется у возрастных пациентов.

Эксперты Научного общества гастроэнтерологов России определяют НПВП-гастропатию как хроническую патологию верхних отделов органов пищеварения, возникающую на фоне применения НПВП и характеризующуюся повреждением слизистой оболочки, развитием эрозии, язвы с осложнением кровотечениями, перфорацией, пенетрацией.

У мужчин и женщин, принимающих НПВП и ацетилсалициловую кислоту (АСК), даже в низких дозах, возрастает частота желудочно-кишечных кровотечений, что влечет за собой ухудшение состояния. В одном из исследований показано, что до 10% пациентов, принимающих АСК в низких дозах, имеют язвы. Кровотечения наблюдаются в 2,5% случаев при 1,5% в группе плацебо.

Докладчик отметил, что жалобы при НПВП-гастропатии достаточно скудные. Диагностические методы: анализ крови на гемоглобин, анализ кала на скрытую кровь и эндоскопия, очень важный тест — диагностика хеликобактерной инфекции, которая является провоцирующим фактором развития заболевания.

В основе профилактики и лечения лежит изучение факторов риска возникновения НПВП-гастропатии, что лучше делать до назначения препаратов. Первым значимым фактором риска является возраст старше 60 лет, вторым — наличие в анамнезе язвенной болезни, осложненной кровотечением. Значительно повышают вероятность развития НПВП-гастропатий высокие дозы НПВП, сочетание их с антиагрегантами, антикоагулянтами и кортикостероидами. К факторам

риска относятся также женский пол, наличие хеликобактерной инфекции, табакокурение, гастропатии в анамнезе. Наличие одновременно двух-трех факторов ассоциировано с очень высокой вероятностью развития заболевания.

Профессор подчеркнул, что наличие хеликобактерной инфекции, применение препаратов группы НПВП и АСК являются независимыми факторами риска развития язвенной болезни. Наличие инфекции свидетельствует о хроническом активном гастрите, даже если он проходит бессимптомно. Соответственно, своевременное лечение хеликобактерной инфекции — это в том числе профилактика НПВП-гастропатии.

Кроме того, эрадикация хеликобактерной инфекции снижает риск развития язвы у лиц, которые недавно начали принимать НПВП. Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА), перед назначением НПВП необходимо обследовать пациента на наличие хеликобактерной инфекции и при ее обнаружении провести стандартное лечение.

Перед диагностикой НПВП-гастропатий важно исключить прием ИПП за две недели, а антибиотиков и препаратов висмута за месяц до теста. В противном случае отрицательные результаты исследования невозможно будет назвать достоверными.

Обсуждая вопросы эрадикации *H. pylori* путем назначения антибиотиков, докладчик напомнил, что применяемые схемы должны быть эффективны более чем у 90% пациентов. Наблюдающееся в последнее время увеличение частоты случаев резистентности этой бактерии к антибиотикам приводит к снижению эффективности терапии.

Указав на то, что в России 55% лекарственных назначений — это стандартная тройная терапия с применением амоксициллина и кларитромицина, 21% — тройная терапия, усиленная висмутом, 1% — стандартная квадротерапия, усиленная метронидазолом, профессор в качестве наиболее эффективного метода лечения выделил стандартную тройную терапию, усиленную висмутом: ее эффективность составляет