

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 антитромботических 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 *iv*). 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

93% при 14-дневном применении. Стандартная тройная терапия, усиленная метронидазолом, эффективна в 92% случаев. Продолжает работать также стандартная терапия с тетрациклином и/или метронидазолом. Средняя эффективность эрадикационной терапии в России равна 70%.

По данным Европейского регистра *H. pylori* (протокол Hp-EuReg), основанным на исследовании 2000 штаммов, резистентность к кларитромицину составляет 24%. Можно продолжать применять кларитромицин, но при условии тройной терапии, а при двойной терапии ее следует усиливать висмутом. Согласно рекомендациям РГА, висмут имеет эффект синергии с антибиотиками, преодолевает резистентность к кларитромицину и левофлоксацину и позволяет применять эти препараты.

По собственным данным докладчика, опубликованным в 2010 г., эффективность 10-дневной тройной терапии в сочетании с кларитромицином составила 73%, а при усилении висмутом — 93%.

Особо отмечена важность проблемы комплаенса для успеха эрадикационной терапии, ведь если пациент не будет следовать назначенной схеме, эффекта от лечения не будет.

Сегодня компания Sun Pharma предлагает все необходимые компоненты в одной упаковке — «Пилобакт АМ». И это блестящая идея: купив одну упаковку, больной получает сразу все нужные препараты и подробные рекомендации по приему. Для комплексного лечения необходимо включить дополнительную дозу омепразола или висмута.

Важно комбинировать назначение соответствующего НПВП с ИПП, в том числе при наличии риска развития кислотозависимой патологии желудка. Внимание присутствующих было обращено на ЦОГ-2- селективные НПВП, которые являются предпочтительными с точки зрения профиля безопасности для ЖКТ.

Препараты должны подбираться с учетом лекарственных взаимодействий и безопасности длительной терапии, потому

что ИПП будут назначаться одновременно с НПВП или АСК. В этой клинической ситуации наиболее оправданно назначение пантопразола, поскольку препарат меньше влияет на цитохромы и в наименьшей степени, в сравнении с другими ИПП, активируется при высоких значениях pH, что позволяет избежать системного эффекта.

Кроме того, пантопризол имеет низкий риск лекарственных взаимодействий и обладает лучшим профилем безопасности при совместном назначении. Подчеркнув, что высоким качеством обладает препарат пантопразола Санпраз, докладчик указал на целесообразность его назначения.

Пантопризол является практически единственным ИПП с долгосрочным (15-летним) наблюдением безопасности применения, что позволяет рекомендовать его пациентам, принимающим НПВП.

Профессор Д. С. Бордин сформулировал основные выводы выступления:

- НПВП, независимо от способа применения, вызывают НПВП-гастропатию;
- в качестве профилактики заболевания необходимо проводить выявление и эрадикацию хеликобактерной инфекции до начала терапии НПВП;
- в период применения НПВП следует назначать гастропротекторы, среди ИПП наиболее предпочтителен пантопризол (в частности, Санпраз), благодаря клинически подтвержденной эффективности и безопасности длительного применения, а также наименьшему риску межлекарственного взаимодействия;
- для обеспечения эрадикационной терапии рекомендованные схемы должны назначаться длительностью 14 дней;
- в схему лечения должны добавляться препараты висмута;
- строгому выполнению больными всех предписаний способствует применение набора для эрадикации «Пилобакт АМ». ■

## Современные подходы к ведению пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта и синдромом раздраженного кишечника

Назаренко Людмила Ивановна — д. м. н., профессор кафедры гастроэнтерологии и диетологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России.



В своем докладе Людмила Ивановна дала практические рекомендации по ведению пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта и синдромом раздраженного кишечника (СРК) с позиций Римских критериев IV пересмотра, напомнила классификацию, критерии и алгоритм диагностики функциональных расстройств билиарного тракта и обратила внимание на то, что диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди (ДСО) были пересмотрены в 2016 г. Прежние рекомендации проведения папиллосфинктеротомии при III типе ДСО согласно Милуокской классификации (расширение холедоха, повышение уровней трансаминаз и панкреатических ферментов) не получили объективного обоснования и на практике сопровождалась более высоким риском развития панкреатита, прободения

и кровотечения. Поэтому этот тип ДСО из новых критериев удален, показано, что пациентам, у которых нет доказательств обструкции желчного протока, не следует проводить эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с манометрией и сфинктеротомию — им рекомендовано симптоматическое лечение. При лечении ДСО билиарного типа с умеренными доказательствами билиарной обструкции до проведения сфинктеротомии надо рассмотреть другие диагностические возможности.

Говоря о панкреатическом типе ДСО, который клинически проявляется характерной для панкреатита эпигастральной болью, часто иррадиирующей в спину, и сопровождается значительным повышением активности сывороточных амилазы и липазы, докладчик отметила, что вследствие отсутствия