



Препараты компании КРКА пользуются доверием
врачей более чем в 70 странах мира⁽¹⁾

ЦЕНА СНИЖЕНА*



НОЛЬПАЗА®



Нольпаза® – прием препарата 1 раз в сутки снижает уровень кислотности в желудке⁽²⁾.

Действующее вещество: пантопразол; 1 таблетка гастрорезистентная содержит 20 или 40 мг пантопразола в виде пантопразола натрия сесквигидрата; 1 флакон содержит 40 мг пантопразола в виде пантопразола натрия сесквигидрата. **Форма выпуска.** Гастрорезистентные таблетки по 20 и 40 мг пантопразола по 14 та 28 таблеток в упаковке; лиофилизат для раствора для инъекций. **Фармакотерапевтическая группа.** Средства для лечения пептической язвы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Ингибиторы протонной помпы. Код АТС A02BC02. **Показания.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, эрадикация *H. pylori* в комбинации с соответствующими антибактериальными препаратами, синдром Золлингера-Эллисона и другие патологические состояния гиперсекреции. **Побочные эффекты.** Боль в эпигастрии, диарея, вздутие живота, запор или метеоризм, тошнота, рвота. Иногда могут возникать головная боль, расстройство сна; высыпания/экзантема, кожный зуд; тромбофлебит в месте инъекции, повышение уровня ферментов печени. В отдельных случаях встречались обмороки, расстройства зрения (нечеткость зрения), повышение температуры тела, периферические отеки, которые исчезали после отмены препарата. **Редко и очень редко:** тромбоцитопения, лейкопения, повышенная чувствительность (включая анафилактические реакции и анафилактический шок), гиперлипидемия, изменение массы тела, гипонатриемия,

депрессия, дезориентации, галлюцинации: спутанность сознания (особенно у склонных к этому пациентов, а также ухудшение этих симптомов в случае их присутствия), сухость во рту, повышение уровня билирубина, гепатоцеллюлярное поражение печени, желтуха, гепатоцеллюлярная недостаточность, крапивница, ангионевротический отек, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелл, полиморфная эритема, фоточувствительность, артралгия, миалгия, интерстициальный нефрит, гинекомастия, астения, утомление и дискомфорт. **Фармакологические свойства.** Пантопразол является замещенным бензимидазолом, который блокирует секрецию соляной кислоты в желудке через специфическое воздействие на протонную помпу париетальных клеток. Пантопразол трансформируется в активную форму в кислой среде париетальных клеток, где он блокирует фермент $H^+/K^+-ATPase$, а именно конечный этап гидрофильной секреции соляной кислоты в желудке. **Отпуск препарата из аптеки.** По рецепту.

Регистрационные свидетельства: Нольпаза таблетки 20 мг № UA/7955/01/01 от 17.04.2008 до 17.04.2013, 40 мг № UA/7955/01/02 от 17.04.2008 до 17.04.2013; Нольпаза лиофилизат для раствора для инъекций 40 мг № UA/7955/02/01 от 19.10.2012 до 19.10.2017

1. KRKA, d.d., Novo Mesto, Annual report. 2010.

2. Инструкция по применению препарата.

Полная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для профессиональной деятельности специалистов здравоохранения и фармацевтических работников.

За подробной информацией обращайтесь:

ООО «КРКА Украина»: 01015, г. Киев, п/я 42, ул. Старонаводницкая, 13, оф. 127, тел. +38 044 354 26 68

*Под снижением цены подразумевается снижение цены на Нольпазу таблетки 20 мг № 14, 40 мг № 14, 20 мг № 28, 40 мг № 28 и Нольпазу флаконы - производитель КРКА д.д. Ново Место для дистрибьюторов на территории Украины с 01.09.2015



Наши инновации и опыт посвящены заботе о здоровье. Стремления, последовательность и накопленные знания компании подчинены единой цели – созданию эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.

А.Н. Агибалов, многопрофильная больница «ВитаЦентр», г. Запорожье;
О.А. Бондаренко, Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Клиническое применение ингибиторов протонной помпы в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (случаи из практики)

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) по-прежнему остается одной из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Ежегодный прирост заболеваемости (примерно на 5%) отмечается не только в развитых странах Европы и Северной Америки (особенно в США), где за последние 10 лет наблюдается не менее чем 3-кратное увеличение частоты этой патологии, но и в странах Юго-Восточной Азии, в частности в Японии, Сингапуре и Китае.

Отмеченную тенденцию роста заболеваемости объясняют увеличением продолжительности жизни, пандемией ожирения, коморбидными состояниями, способствующими возникновению ГЭРБ (диабет, хронический панкреатит, неврологические расстройства), широким применением препаратов, расслабляющих нижний пищеводный сфинктер и замедляющих опорожнение желудка. Одним из важнейших факторов, способствующих развитию ГЭРБ, в настоящее время признано ожирение. Так, при избыточной массе тела (ИМТ=25-30) относительный риск развития заболевания повышается в 1,7 раза, а при ожирении (ИМТ >30) — в 2 раза. Наряду с медико-социальной ГЭРБ представляет собой и существенную экономическую проблему. Потребители ингибиторов протонной помпы (ИПП), являющихся базисными в лечении ГЭРБ, сегодня составляют приблизительно 5% населения развитых стран, а годовой объем продаж ИПП превышает 10 млрд долларов США.

Не решены проблемы своевременной диагностики и лечения ГЭРБ, в связи с чем в последние годы регулярно разрабатываются и обновляются различные международные соглашения по этому вопросу.

Вышеуказанные факты послужили основанием для закрепления за ГЭРБ названия «болезнь XXI века».

В 2012 г. вышел в свет новый консенсус по диагностике и ведению больных ГЭРБ, разработанный Американским колледжем гастроэнтерологии (АКГ) с учетом данных доказательной медицины, который в настоящее время является основным документом, регламентирующим ведение больных с ГЭРБ.

В этом консенсусе еще раз подчеркнуто, что на сегодняшний день наиболее эффективным симптоматическим методом лечения ГЭРБ признано подавление выработки или связывание кислоты по принципу «чем сильнее, тем лучше». С этой целью применяются антисекреторные (кислотоснижающие) средства, среди которых наиболее эффективными являются ИПП.

Отдельные разделы консенсуса посвящены вопросам диагностики и лечения больных с атипичными (внепищеводными) проявлениями и рефрактерной формой ГЭРБ (РФГЭРБ).

Внепищеводные проявления ГЭРБ отмечаются у 30% пациентов и делятся на легочные (кашель, одышка), желудочные (быстрое насыщение, вздутие живота, тошнота, рвота), оториноларингологические (осиплость голоса, слюнотечение), кардиальные.

Синдром рефлюксной загрудинной боли относится к пищеводным симптомам и требует дифференциальной диагностики с кардиальной патологией. Согласно рекомендациям АКГ, пациентов с некардиальной болью в груди, предположительно связанной с ГЭРБ, необходимо предварительно обследовать для исключения кардиальных причин боли.

Однако установление причины периодической боли в груди является сложной клинической задачей. Механизмы возникновения боли при заболеваниях пищевода связаны с нарушением моторики, пептической агрессией желудочного и дуоденального содержимого, растяжением стенок и поражением слизистой оболочки пищевода, нарушением трансезофагеального пассажа при ахалазии кардии и стенозах пищевода различного генеза, аэрофагией.

Приоритетной задачей врача при загрудинной боли является правильная оценка состояния пациента, исключение заболеваний, требующих неотложных мер: инфаркта миокарда, аневризмы аорты, тромбоэмболии легочной артерии, спонтанного пневмоторакса, ущемления диафрагмальной грыжи, перфорации пищевода. Отсутствие признаков угрозы жизни больного при ретрокардиальной боли не исключает необходимости выяснения ее источника. Наиболее значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике пищеводной боли со стенокардией. В 10-15% случаев ГЭРБ единственное проявление болезни — боль в грудной клетке, которую по клиническим

характеристикам практически невозможно отличить от коронарной. По данным суточного pH-мониторинга прослеживается четкая корреляция между эпизодами загрудинной боли и эпизодами снижения pH ниже 4. Дифференциальный диагноз основывается на факторах, вызывающих и облегчающих боль, и сопутствующих симптомах (таблица). Значительное сходство по характеру, локализации, иррадиации объясняется общностью иннервации сердца и пищевода.

Коронарография, проведенная при загрудинной боли у пациентов с подозрением на кардиальную патологию, в 30% случаев не выявляет изменений в коронарных артериях и часто обусловлена именно ГЭРБ. С другой стороны, у пожилых больных нередко встречается сочетание ГЭРБ и ишемической болезни сердца (ИБС). Следует подчеркнуть, что даже после того как сердечная патология как причина повторяющейся ретрокардиальной боли была отвергнута, многие пациенты продолжают считать себя кардиологическими больными.

Значительную часть атипичной клинической симптоматики ГЭРБ занимают проявления со стороны ЛОР-органов («рефлюкс-ларингит», фарингит, отит). Фарингеальная симптоматика может проявляться глоточной парестезией, чувством жжения в гортань, затруднением глотания слюны, которые появляются после приема пищи. Манифестация признаков поражения глотки и гортани («комка в гортань», персистирующий непродуктивный кашель, утренняя осиплость, дисфония) связаны с достижением рефлюктом проксимального отдела пищевода, особенно в ночное время, когда снижается тонус нижнего пищеводного сфинктера.

При бронхолегочных заболеваниях патологический пищеводный рефлюкс выявляется в 50-65% случаев. ГЭРБ может выступать как индуктор, так и триггером таких заболеваний, как бронхиальная астма (БА), хронический бронхит, пневмония, ателектаз, фиброз легкого и пароксизмальное ночное апноэ. Существуют два различных механизма для ГЭРБ-индуцированных заболеваний: аспирация желудочного содержимого в легкие, что приводит к развитию экссудативного воспаления слизистой оболочки бронхов, и активация пищеводно-легочного рефлюкса, индуцированного вагусом, которая вызывает бронхоконстрикцию.

Особенностью рефлюкс-индуцированной БА становится преобладание легочных симптомов над клиническими признаками патологии пищевода. В ряде случаев пациенты указывают на то, что активизация патологических изменений желудочно-кишечного тракта предшествует обострению БА. Нередко обильный поздний ужин может спровоцировать диспепсические расстройства, а затем и развитие приступа удушья.

Описаны разнообразные нарушения состояния зубов (эрозия эмали, кариес), у пациентов с гингивитом в 83% случаев при pH-мониторинге диагностируется ГЭРБ.

В качестве примера атипичного течения ГЭРБ приводим следующий клинический случай. Пациентка Д. 1958 г. р. лечилась стационарно в терапевтическом отделении 1-й городской клинической больницы им. Князя Льва г. Львова с 03.03.2016 по 18.03.2016. При поступлении в стационар больная жаловалась на длительный малопродуктивный кашель и осиплость голоса, особенно утром, сердцебиение, перебои в работе сердца, ноющие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и под лопатку, плохой сон с частыми пробуждениями, общую астенизацию. Из анамнеза известно, что в течение последних 2 лет она стоит на диспансерном учете по поводу БА и ИБС. Долгое время принимала препараты молсидомина, триметазидина дигидрохлорида, амиодарона, эпизодически, при приступообразном кашле, использовала препарат титотропия бромида. Однако больная отмечала, что лечение не носило систематизированного характера и «мало помогало» в устранении вышеуказанных симптомов. По рекомендации семейного



А.Н. Агибалов



О.А. Бондаренко

врача она обратилась за консультацией на кафедру терапии № 1 и медицинской диагностики ФПО ЛНМУ им. Д. Галицкого. При осмотре предъявляла вышеперечисленные жалобы с акцентом на ощущение частых перебоев в работе сердца, особенно в ночное время.

По данным объективного исследования: общее состояние пациентки относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Масса тела — 87 кг, рост — 165 см, ИМТ — 31,96. Со стороны бронхолегочной системы и органов брюшной полости патологии не выявлено. Границы сердца соответствуют возрастной норме, тоны приглушены, выслушиваются единичные экстрасистолы, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 88 в 1 мин, артериальное давление — 130/80 мм рт. ст. Для дообследования и уточнения диагноза пациентка направлена на стационарное лечение в клинику.

Результаты лабораторно-инструментального обследования больной: общий анализ крови и мочи в пределах нормы; уровень гликемии — 5,9 ммоль/л; биохимический анализ крови без существенных отклонений, липидограмма — дислипидемия тип IIb по Фредриксону; эхокардиограмма: размеры камер сердца и толщина стенок левого желудочка в пределах нормы, аорта уплотнена, структура клапанов в пределах возрастных изменений, сократимость миокарда удовлетворительная, фракция выброса — 67%; электрокардиограмма (ЭКГ): ритм синусовый, неправильный, единичные предсердные экстрасистолы, электрическая ось не отклонена; рентгеноскопия органов грудной клетки — вариант возрастной нормы; исследование функции внешнего дыхания — без нарушений вентилиционной функции легких.

Дополнительные обследования: ультразвуковая диагностика органов брюшной полости — признаки жирового гепатоза. Фиброэзофагогастродуоденоскопия: зияние нижнего пищеводного сфинктера, выраженный пролапс слизистой оболочки желудка в просвет пищевода при рвотных движениях.

Провести больной суточную pH-метрию не удалось вследствие посттравматического искривления носовой перегородки и носовых ходов. Для верификации диагноза использовали ИПП-тест с пантопрозолом (Нольпаза®, KRKA) в суточной дозе 40 мг однократно утром за 30 мин до еды в течение 14 дней. На фоне проводимого лечения исчезли ночные перебои в работе сердца и кашель, на повторной ЭКГ определялся синусовый ритм с ЧСС 85 в 1 мин при отсутствии экстрасистол. В клинической картине сохранялась утренняя осиплость голоса и покашливание, которые исчезли ближе к обеду, но больная отмечала значительное облегчение симптоматики и улучшение своего состояния.

Учитывая анамнез, клинко-биохимические и инструментальные методы обследования, больной был выставлен следующий клинический диагноз: неэрозивная ГЭРБ в стадии обострения, атипичный вариант течения с внепищеводными проявлениями — легочными, отоларингологическими и псевдокоронарными симптомами. Ожирение I ст.

Пациентке было предложено соблюдать стандартные рекомендации по рациональному питанию и модификации образа жизни, а также продолжить прием пантопрозола 40 мг (Нольпаза®, KRKA) по прежней схеме еще в течение следующих 6 недель.

Обсуждение клинического наблюдения. У значительного числа лиц, прежде всего старшего возраста, следует проводить дифференциальную диагностику ИБС, хронической обструктивной болезни легких, БА с ГЭРБ, особенно в случае низкой эффективности стандартизированного лечения. В случае рефлюкса содержимого желудка в пищевод возможно развитие

Продолжение на стр. 48.

Таблица. Дифференциальная диагностика болевого синдрома при ИБС, стенокардии и ГЭРБ		
Характеристика болевого синдрома	ИБС, стенокардия	ГЭРБ
Локализация и иррадиация боли	За грудиной, в перикардиальной области, иррадиация в шею, нижнюю челюсть, левую руку	За грудиной, в перикардиальной области, иррадиация в шею, нижнюю челюсть, левую руку
Характер боли	Сжимающая, жгучая, ощущение тяжести	Жгучая, может быть сжимающей, распирающей
Длительность	От 1-3 до 20 мин	Разной длительности: от нескольких минут до часов
Провоцирующие факторы	Физическое и эмоциональное напряжение, холод, переизбыток	Переизбыток, кислая, острая еда, холодные напитки, горизонтальное положение тела, иногда физическое напряжение, стрессовые ситуации
Метод устранения	Покой, нитроглицерин	Смена положения тела, антациды, иногда нитроглицерин
Сопутствующие симптомы	Страх, тревога, иногда одышка, тошнота	Иногда отрыжка, дисфагия

А.Н. Агібалов, многопрофильная больница «ВитаЦентр», г. Запорожье;
О.А. Бондаренко, Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Клиническое применение ингибиторов протонной помпы в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (случай из практики)

Продолжение. Начало на стр. 47.

рефлекторной стенокардии или аритмии. При этом боль за грудиной имеет двойную природу: псевдокоронарную и действительно коронарогенную. Это можно объяснить общей иннервацией пищевода и сердца. Для пищевода боли наибольшее значение имеют характер пищи, ее количество, положение тела. Боль провоцируют горизонтальное положение тела и наклоны вперед, интенсивная физическая нагрузка сразу после приема пищи. Для подтверждения наличия у пациента и ГЭРБ, и ИБС рекомендуется проводить комбинированное мониторирование рН и ЭКГ. Усиление боли при физической нагрузке и ее совпадение с эпизодами рефлюкса свидетельствуют о сочетанной патологии. При невозможности проведения у больного суточного рН-мониторинга и в качестве альтернативы другим дополнительным методам верификации диагноза ГЭРБ следует шире использовать ИПП-тест, для выполнения которого мы рекомендуем назначать именно пантопрозол (Нольпаза®, KRKA).

В последние годы происходит нарастание частоты рефрактерных к лечению ИПП форм ГЭРБ. РФГЭРБ характеризуются значительным снижением качества жизни больного, высокой частотой возникновения пищевода Барретта, служащего фоном для развития рака пищевода.

Так, по данным S. Ahlawat и соавт., у 10-42% больных ГЭРБ не удается полностью купировать или уменьшить выраженность симптомов при назначении стандартной дозы ИПП. Другие исследования свидетельствуют о том, что у 5-17% пациентов с ГЭРБ двойная доза ИПП является недостаточно эффективной, что предполагает констатирование в данной группе больных «рефрактерности». Как правило, под РФГЭРБ понимают заболевание, при лечении которого ИПП в двойной дозе или их комбинации с блокаторами H2-рецепторов гистамина не удается достичь купирования клинических симптомов. Ряд авторов к рефрактерным проявлениям ГЭРБ относят случаи, когда желудочный рН <4 составляет более 50% времени регистрации на фоне приема ИПП.

Одними из основных механизмов развития РФГЭРБ считаются наличие билиарного рефлюкса или сочетание желчного и кислотного рефлюксов. Рост числа случаев резистентности к антикислотной терапии связывают с неадекватным подбором ингибиторов секреции кислоты и увеличением числа тучных больных. К причинам, приводящим к РФГЭРБ, относят: гастропарез, ахалазию кардии, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточный контроль за рН в пищеводе по ночам («ночные рефлюксы»), наличие у больного генотипа *CYP2C19*, характерного для быстрых метаболизаторов, которые демонстрируют более слабые эффекты ИПП на кислотность и заживление эзофагитов, особенно если больной получает омепразол или лансопразол, доминирование желчного рефлюкса, особенно у лиц с *CYP2C19*. Некоторые авторы к рефрактерным случаям рефлюкс-эзофагита относят наличие у больного короткого пищевода, отсутствие хеликобактерного гастрита, стриктуры пищевода, прием некоторых лекарственных препаратов (нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП, препаратов железа, доксициклина, аскорбиновой кислоты и т.д.), кожные заболевания (красный кожный лишай, вульгарная пузырчатка, буллезный эпидермолиз, пемфигоид), синдром Золлингера-Эллисона.

В новом консенсусе АКГ в качестве первичного курса лечения рекомендуется 8-недельный курс применения ИПП, при этом предлагается применять эмпирический подход: сначала назначать стандартную дозу ИПП утром за 30-60 мин до завтрака, а при недостаточном клиническом ответе менять время приема либо увеличивать дозу ИПП в 2 раза.

Первым шагом по ведению больных с РФГЭРБ должна быть оптимизация ИПП-терапии. Всем больным с РФГЭРБ обязательно должна быть проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

для исключения других причин изжоги и диспептических симптомов. Порядок действий в случае развития РФГЭРБ, рекомендованный консенсусом, отражен в алгоритме (рис. 1).

Однако, с точки зрения врача общей практики, эти рекомендации носят умозрительный характер, так как не только импедансометрия, но и рН-мониторинг в нашей стране большинству лечебных учреждений недоступны.

Следует отметить, что эти рекомендации также не учитывают степени тяжести рефлюкс-эзофагита. Очевидно, они больше подходят больным ГЭРБ, у которых изначально проводится эмпирическая терапия ИПП без первичной диагностической ЭГДС либо диагностированы неэрозивная ГЭРБ или рефлюкс-эзофагит степени А.

Если при ЭГДС диагностируются рефлюкс-эзофагиты степени В-Д, целесообразно использовать другой подход, применяющийся сейчас в Украине и других европейских странах, а именно дозирование ИПП в зависимости от тяжести рефлюкс-эзофагита. В частности, при рефлюкс-эзофагитах степени В-Д рекомендуется сразу назначать двойные дозы ИПП курсом 1-2 мес, а затем придерживаться стратегии step-down, т.е. при хорошем ответе на ИПП пытаться переходить на стандартные дозы и затем выбирать один из видов поддерживающей противорецидивной терапии – интермиттирующую, постоянную или терапию «по требованию».

В качестве примера индивидуального подхода к лечению ГЭРБ приводим следующий клинический случай. Пациентка К. 1981 г.р., жительница сельской местности, обратилась в многопрофильную больницу «ВитаЦентр» (г. Запорожье) с жалобами на ежедневную интенсивную изжогу, сохраняющуюся на протяжении большей части дня, часто возникающую и в ночное время, ретростеральную боль при приеме как твердой, так и жидкой пищи, снижение массы тела в течение 2 мес на 10 кг (больная из-за боли при глотании пищи ограничила ее прием). Из анамнеза установлено, что впервые изжога появилась около 15 лет назад во время беременности. Интенсивность изжоги значительно усилилась 5 лет назад во время второй беременности (в третьем ее триместре). В последующем при рецидивах изжоги периодически принимала ИПП или антациды по рекомендации врача или самостоятельно. Последние 2 мес на фоне приема НПВП по поводу суставного болевого синдрома появилась ежедневная интенсивная изжога, затем боль в пищеводе при проглатывании пищи. Обратилась в районную больницу по месту жительства, в течение 2 недель принимала назначенную схему лечения, включающую ИПП I поколения в стандартной дозе (20 мг омепразола 1 р/сут), антацид и прокинетику без клинического эффекта, затем доза ИПП была удвоена. Однако больную продолжали беспокоить выраженная изжога и боль в пищеводе; в общем анализе крови

отмечено снижение Hb до 90 г/л. Женщина обратилась за консультацией в клинику «ВитаЦентр».

При объективном осмотре отмечена умеренная бледность кожных покровов и слизистых оболочек, осиплость голоса, болезненность при пальпации живота в собственно эпигастральной области. В остальном по органам и системам патологии не выявлено. В общеклиническом анализе крови зафиксирована умеренно выраженная анемия (эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, Hb – 90 г/л), в биохимических исследованиях крови отклонений от нормы не обнаружено. Больной было выполнено эндоскопическое исследование, выявившее повреждение слизистой оболочки пищевода, занимающее почти всю его окружность (степень Д эзофагита согласно Лос-Анджелесской классификации), зияние нижнего пищеводного сфинктера, пролапс слизистой оболочки желудка в просвет пищевода при ретракции эндоскопа, в желудке и двенадцатиперстной кишке визуализировались признаки эритематозной гастродуоденопатии. Заключение: рефлюкс-эзофагит степени Д, косвенные признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, эритематозная гастродуоденопатия (рис. 2).

Больной также проведено рентгенконтрастное (с барием) исследование пищевода и желудка. Заключение: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы II степени, нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера.

Анализ клинических симптомов и данных эндоскопии позволил предположить, что «рефрактерность» течения ГЭРБ у пациентки обусловлена развитием тяжелого эзофагита (степени Д) вследствие ночных «кислотных прорывов» и дополнительного повреждения пищевода, вызванного приемом НПВП. Ранее проводимая схема лечения была модифицирована в соответствии со следующими правилами: 1) подавление секреции кислоты по принципу «чем сильнее, тем лучше»; 2) переход на другой ИПП с иным вариантом метаболизма. В данном случае вместо ИПП I поколения был назначен ИПП II поколения в виде препарата Нольпаза® в тройной суточной дозе, разделенной на два приема (80 мг утром за 30 мин до еды и 40 мг вечером) в течение 4 недель. Для коррекции анемии был назначен препарат железа (II) сульфата – Тардиферон. По истечении 4-недельного срока приема препарата Нольпаза® отмечена значительная положительная клиническая динамика: полностью купирован болевой синдром, значительно снизились интенсивность и кратность изжоги, больная прибавила в массу тела 3 кг.

В течение последующих 4 недель пациентка принимала удвоенную дозу препарата Нольпаза® (80 мг в сутки, разделенные на два приема). При контрольном эндоскопическом осмотре через 8 недель отмечена значительная положительная эндоскопическая динамика: в области желудочно-пищеводного перехода единичная эрозия, что соответствует степени А рефлюкс-эзофагита (рис. 3). Эпизоды изжоги возникают реже двух раз в неделю, больная поправилась еще на 2 кг (общая прибавка массы тела за 2 мес составила 5 кг). В общем анализе крови отмечена нормализация показателей: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$, Hb – 120 г/л. Больная также указывает на значительное субъективное улучшение самочувствия – полное восстановление работоспособности.

Пациентке рекомендовано продолжить прием препарата Нольпаза® в стандартной дозе (40 мг в сутки) еще в течение 4 недель с последующим переходом на поддерживающую схему (20 мг/сут) до полугода с эндоскопическим контролем в конце этого периода.

Приведенный нами пример позволяет рекомендовать в индивидуальном порядке при рефлюкс-эзофагитах степени С и D прием удвоенной дозы ИПП. Возможна и утроенная доза препарата с целью преодоления «рефрактерности». И в этом случае предпочтение следует отдавать пантопрозолу (Нольпаза®, KRKA) как одному из наиболее безопасных ИПП, обладающему еще целым рядом преимуществ:

- наиболее селективный из всех ИПП – ингибирует протонные помпы при рН=3,0, активизируется при внутриклеточном рН=1,0-2,0;
- минимальные побочные эффекты – в 0,12-0,14% случаев. Это означает, что лечение препаратом Нольпаза® отлично переносится пациентами и характеризуется высоким профилем безопасности;
- восстановление кислотной продукции через 46 ч после отмены препарата, т.е. самая высокая продолжительность действия по сравнению с другими ИПП;
- относится к категории В риска применения лекарств во время беременности благодаря наименьшей потенциальной фетотоксичности;
- цена соответствует качеству, что положительно сказывается на приверженности пациента к лечению препаратом и обуславливает его высокий терапевтический эффект;
- метаболизм происходит без участия основных изоферментов цитохрома P450, поэтому не влияет на метаболизм других медикаментов – риск передозировки или уменьшения эффективности других препаратов сведен к минимуму. Не требует титрации дозы (ее повышения) при ожирении за счет большей биодоступности и «ненагруженности» цитохрома P450 в условиях неалкогольной жировой болезни печени и неалкогольной жировой болезни поджелудочной железы;
- прием пантопрозола (Нольпаза®, KRKA) не ассоциируется с риском повторного инфаркта миокарда у пациентов, принимающих препараты ацетилсалициловой кислоты и/или клопидогреля;
- не требуется коррекция дозы у пациентов пожилого возраста и у больных с выраженной почечной недостаточностью или циррозом печени;
- быстрее, чем другие ИПП, снимает дневные и ночные симптомы, явления бронхоспазма, вызванные ГЭРБ, и предупреждает развитие рецидива рефлюкс-эзофагита при длительной поддерживающей терапии в течение 12-24 мес.

Список литературы находится в редакции.



Рис. 1. Алгоритм ведения больных с РФГЭРБ

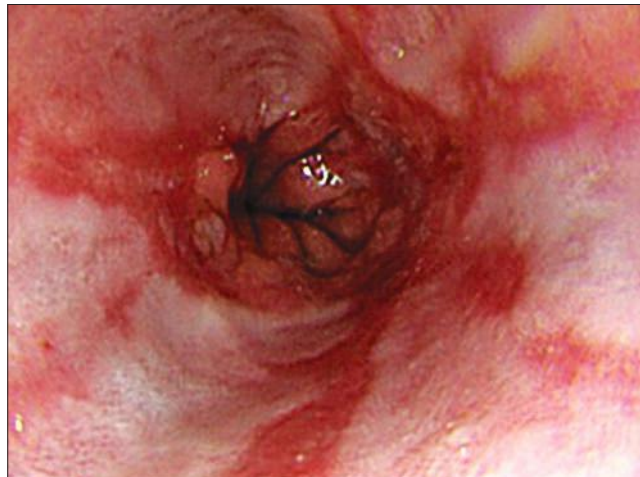


Рис. 2. Эндоскопический осмотр пищевода больной К. до начала лечения препаратом Нольпаза® 40 мг (степень Д эзофагита по Лос-Анджелесской классификации)



Рис. 3. Эндоскопический осмотр пищевода больной К. после 8 недель лечения препаратом Нольпаза® 40 мг (степень А эзофагита по Лос-Анджелесской классификации)