

Выбор ингибитора протонной помпы и антацида

27-28 сентября 2013 года в г. Ялте состоялась научно-практическая конференция «Интегральные вопросы внутренней медицины». Украинские гастроэнтерологи и их коллеги из России обсуждали возможности оптимизации диагностики и лечения кислотозависимых заболеваний, клинические аспекты коморбидности, лекарственных взаимодействий, оптимизации схем антисекреторной терапии и другие актуальные вопросы.

Профессор кафедры гастроэнтерологии факультета последипломного образования РГМУ, доктор медицинских наук Эмилия Прохорова Яковенко (г. Москва, РФ) напомнила общие принципы терапии кислотозависимых заболеваний.



К кислотозависимым относятся заболевания, в патогенезе которых решающую или существенную роль играет фактор агрессии соляной кислоты желудочного сока по отношению к слизистым оболочкам верхних отделов пищеварительного канала. Это такие распространенные заболевания, как пептические язвы, гастриты и гастродуодениты, вызванные инфекцией *Helicobacter pylori*, гастро- и дуоденопатии, обусловленные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и антиагрегантов, неязвенная диспепсия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), синдром короткой кишки после резекционных и шунтирующих операций.

Основные цели терапии кислотозависимых заболеваний – угнетение факторов агрессии (соляной кислоты и пепсина) и стимуляция защитных механизмов слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. Первую задачу позволяют решить ингибиторы протонной помпы (ИПП). М-холинблокаторы и блокаторы H_2 -рецепторов в терапии эрозивно-язвенных поражений пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки больше не используются в связи с более низкой по сравнению с ИПП эффективностью и побочными явлениями. Для стимуляции защитных свойств и репаративных процессов в слизистой оболочке предлагаются различные лекарственные средства (сукральфат, другие цитопротекторы), но в настоящее время практическое значение имеют только препараты висмута. Антациды не влияют на продукцию соляной кислоты и применяются кратковременно в качестве симптоматической терапии при отсутствии эрозий и язв.

В России и Украине доступны пять основных ИПП: лансопразол, омепразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол. В условиях перенасыщенности фармацевтического рынка генериками врачу при выборе препарата следует ориентироваться на следующие критерии:

- высокая и стабильная биодоступность, которая способствует достижению максимального кислотосупрессивного эффекта, начиная с первой принятой дозы;
- предсказуемая линейная фармакокинетика, что позволяет контролировать кислотопродукцию в течение всего времени приема препарата;
- минимальные взаимодействия с другими препаратами, в том числе для лечения сопутствующей патологии;
- для некоторых категорий пациентов важно наличие парентеральной формы ИПП.

Всем перечисленным требованиям максимально отвечает пантопразол (оригинальный препарат Контролок). Биодоступность пантопразола составляет 77%. Из всех ИПП только пантопразол обладает постоянной линейной фармакокинетикой. Максимальный антисекреторный эффект развивается уже после приема первой дозы препарата и сохраняется на протяжении всего курса терапии. Пантопразол подавляет продукцию соляной кислоты в желудке в течение 12 ч после однократного приема, что позволяет при двукратном приеме контролировать секрецию круглосуточно. Пантопразол не конкурирует за пути метаболизма с другими лекарственными средствами: антацидами, антибиотиками (в том числе с компонентами антихеликобактерной терапии), НПВП, гипотензивными, противосудорожными препаратами, оральными контрацептивами, антиагрегантами и антикоагулянтами. Наличие парентеральной формы препарата Контролок делает возможным его применение у пациентов без сознания и с нарушениями глотания, например для профилактики и лечения стрессовых язв в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии.

Далее лектор представила варианты использования пантопразола (препарата Контролок) в схемах лечения кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).



ИПП являются обязательным компонентом всех схем эрадикационной терапии при хеликобактерассоциированных пептических язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Пантопразол (Контролок) успешно применяется как в составе классической трехкомпонентной схемы (ИПП + амоксициллин + кларитромицин в течение 7-14 дней), так и в новых схемах эрадикации – квадротерапии и последовательной терапии. Предложенная итальянскими авторами последовательная схема обеспечивает высокий уровень эрадикации и позволяет решить проблему растущей антибиотикорезистентности *H. pylori* в европейских странах. По этой схеме препараты принимают последовательно. В первые 5-7 дней – Контролок 40 мг 2 раза в сутки

за 30 мин до завтрака и ужина с интервалом 12 ч + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки во время завтрака и ужина (таблетки амоксициллина раскусить, но не жевать). С 6-го по 14-й день – Контролок в том же режиме + кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки + тинидазол 500 мг 2 раза в сутки (оба антибиотика 2 раза в сутки во время завтрака и ужина). В следующие 2 нед принимают Контролок по 40 мг 1-2 раза в сутки за 1 ч до завтрака и ужина + висмута коллоидный субцитрат по 2 таблетки 2 раза в сутки за 30 мин до завтрака и ужина + пробиотик для коррекции состава кишечной микрофлоры и минимизации побочных эффектов эрадикационной терапии.

При эрозивной форме ГЭРБ и наличии ночных симптомов рефлюкса Контролок назначается по 40 мг 1-2 раза в сутки курсом 4-8 недель, затем в режиме поддерживающей терапии 40 мг 1 раз в сутки утром. Возможен длительный прием для купирования симптомов ГЭРБ «по требованию».

При неэрозивной ГЭРБ Контролок можно назначать в дозе 20 мг 1 раз в сутки до купирования симптомов рефлюкса, затем по 20 мг в режиме «по требованию».

В лечении ГЭРБ в режиме «по требованию» широко применяется еще одна группа препаратов – невиссывающиеся антациды. Действующим веществом препарата Риопан является магалдрат – смесь гидроксидов алюминия и магния. Высокая кислотонейтрализующая

магалдрата, а также жевательных таблеток по 800 мг магалдрата в 1 таблетке. Препарат следует принимать «по требованию» по 1-2 саше или таблетки. Максимальная доза составляет 8 саше по 800 мг или 4 саше по 1600 мг или 8 таблеток в сутки.

Оригинальный ИПП Контролок и антацид Риопан – идеальная комбинация для эффективного лечения ГЭРБ. При эпизодических типичных симптомах (изжога, регургитация не чаще 1 раза в неделю) прием Риопана в дозе 800 мг «по требованию» является оптимальным вариантом самокупирования симптомов в домашних условиях.

При более тяжелом течении ГЭРБ (если симптомы возникают чаще, причиняют беспокойство, при появлении тревожных симптомов) Риопан назначается для купирования симптомов в дозе 800-1600 мг на фоне антисекреторной терапии препаратом Контролок.

Показания к назначению препарата Риопан не ограничиваются симптоматическим лечением ГЭРБ. Он также может применяться для купирования кислотоассоциированных симптомов (эпигастральные боли, чувство быстрого насыщения) при других кислотозависимых заболеваниях желудка, повышения интрадуоденального pH при синдроме избыточного бактериального роста, хроническом панкреатите.

При профилактике и лечении стрессовых язв у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии важно получить стойкий кислотосупрессивный эффект с первой дозы ИПП. Острые эрозивно-язвенные поражения возникают у 40-100% больных, а кровотечения из них – у 25-30% пациентов в течение первых часов пребывания в стационаре. В отличие от омепразола и эзомепразола, устойчивый эффект которых развивается с 7-го дня приема, пантопразол блокирует протонные помпы желудка с первой дозы. Поэтому парентеральная форма пантопразола остается базальтернативным средством профилактики и лечения стрессовых язв. Контролок вводится по 40 мг внутривенно каждые 12 ч, в среднем в течение 3 суток. После перевода пациента на энтеральное питание Контролок назначается перорально по 40 мг за 30 мин до завтрака и ужина с интервалом 12 ч. С учетом фармакокинетических преимуществ пантопразола важно продолжить пероральную терапию этим же ИПП, чтобы не прерывать контроль над желудочной секрецией. При отсутствии в анамнезе кислотозависимых заболеваний кислотосупрессивная терапия проводится до полной стабилизации системной гемодинамики, в среднем 1-2 нед. При наличии у пациента кислотозависимых заболеваний ЖКТ терапия продлевается до 4 нед и более.

Профилактика гастропатий путем назначения ИПП у пациентов, получающих антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, показана при использовании двух антиагрегантов или их комбинации с антикоагулянтами, при наличии язвенной болезни в

В повседневной клинической практике гастроэнтерологов

анамнезе и более чем одного из следующих факторов риска:

- возраст старше 60 лет;
- сопутствующее лечение глюкокортикоидами;
- неязвенная диспепсия или ГЭРБ.

Для профилактики можно применять Контролок в дозе 20 мг 1 раз в сутки за 30 мин до завтрака в течение всего периода лечения антиагрегантами и антикоагулянтами.

При наличии эрозивно-язвенных поражений желудка, обусловленных приемом НПВП, и подтвержденной инфекции *H. pylori* показана четырехкомпонентная (Контролок 40 мг 2 раза в сутки + два антибиотика + висмута коллоидный субцитрат) или последовательная эрадикационная терапия. После эрадикации терапию препаратом Контролок в дозе 40 мг 2 раза в сутки следует продолжать до полного заживления язв и эрозий. Поддерживающая терапия препаратом Контролок в дозе 20 мг 1 раз в сутки утром на период приема НПВП показана пациентам с кислотозависимыми заболеваниями в анамнезе.

Руководитель отдела заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Олег Яковлевич Бабак рассмотрел критерии выбора ИПП при коморбидных состояниях.



В реальной клинической практике коморбидность — обычное явление. До 50% пациентов, которые обращаются к гастроэнтерологам, имеют сочетанную патологию органов пищеварения. У многих

гастроэнтерологических больных обнаруживаются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной и других систем, о которых пациент может и не подозревать. Коморбидность обуславливает взаимное отягощение течения заболеваний, полипрагмазию и нежелательные лекарственные взаимодействия, повышает риск осложнений. О.Я. Бабак акцентировал внимание слушателей на важности тщательного сбора анамнеза сопутствующих заболеваний и назначений других врачей. Только на основании целостной картины состояния пациента можно сделать правильный выбор терапии, иначе врач начинает лечить нозологию, а не больного. Далее лектор рассмотрел принципы рационального выбора терапии кислотозависимых заболеваний у пациентов с сопутствующей патологией на примере ИПП.

Все ИПП подавляют кислотопродукцию в желудке посредством единого механизма действия и обладают сопоставимой клинической эффективностью, но отличаются особенностями метаболизма, профилем безопасности, быстротой активации в зависимости от pH (pH-селективностью), а также длительностью кислотосупрессии.

ИПП метаболизируются в печени с участием изофермента CYP2C19, конкурируя за этот путь метаболизма

другими лекарственными средствами. Наибольшее ингибирующее влияние в отношении CYP2C19 проявляет лансопризол, в меньшей степени — омепразол и эзомепразол. Еще меньше воздействует на CYP2C19 рабепразол, однако значительный ингибирующий эффект оказывает его тиоэфир, который образуется в ходе неферментативного метаболизма. Пантопризол не оказывает существенного влияния на систему цитохрома, метаболизируется преимущественно с участием сульфотрансферазы, поэтому его предпочтительно назначать пациентам с сопутствующими заболеваниями, которые одновременно принимают несколько препаратов. В частности, пантопризол является ИПП выбора для больных, которые принимают клопидогрель, в то время как омепразол и эзомепразол могут уменьшать профилактический эффект клопидогреля в отношении сердечно-сосудистых событий и не рекомендуются FDA для данной категории пациентов.

В аспекте проблемы коморбидности лектор упомянул об опасности, связанной с приемом НПВП, которые широко применяются для лечения различных болевых синдромов терапевтами, неврологами, ревматологами, а также кардиологами в качестве антиагрегантной терапии. Среди побочных эффектов НПВП на первом месте по частоте и тяжести последствий стоит повреждение слизистых оболочек верхних отделов пищеварительного тракта, которое может быть асимптомным, проявляться неязвенной диспепсией или пептическими язвами с язвенными кровотечениями.

Пантопризол является ИПП первого выбора для лечения и профилактики НПВП-ассоциированных желудочно-кишечных кровотечений, поскольку обеспечивает быстрое начало действия и доступен в лекарственной форме для парентерального введения. По данным метаанализа 18 исследований с участием 1855 пациентов с острыми язвенными кровотечениями (Bardou M. et al., 2005), инфузии и пероральный прием пантопризола в дозах 20-80 мг снижали частоту повторных кровотечений, потребность в хирургическом лечении и показатель смертности госпитализированных больных. Пантопризол также обеспечивает высокий уровень защиты от повторных язвенных кровотечений у тех пациентов, которым показано продолжение приема ацетилсалициловой кислоты после эндоскопического гемостаза (Sung J.J. et al., 2010).

Распространенность ГЭРБ у больных сахарным диабетом (СД) достигает 30% (Horikawa A. et al., 2009), причем на фоне СД чаще развивается эрозивная форма ГЭРБ (61,8%, по данным Lee S.D. et al., 2011). М.А. Stouch и соавт. (2012) обследовали 73 больных СД 2 типа, которым была назначена терапия ИПП, и обнаружили достоверную связь между приемом ИПП и более выраженным снижением уровня гликозилированного гемоглобина. Таким образом, ИПП у пациентов с сочетанием патологии ЖКТ и СД 2 типа не только являются базисной терапией кислотозависимых

заболеваний, но и, возможно, оказывают положительное влияние на течение диабета.

По данным O. Tanriverdi и соавт. (2011), у больных СД 2 типа, инфицированных *СagA+* штаммами *H. pylori*, достоверно чаще диагностируется микроальбуминурия и констатируется ухудшение контроля гликемии. Такие пациенты чаще имеют в анамнезе ишемическую болезнь сердца, диабетическую ретинопатию, нейропатию и нефропатию (Agrawal R.P. et al., 2010).

У больных СД в качестве первой линии эрадикационной терапии рекомендуется квадротерапия с пантопризолом (пантопризол 40 мг 2 раза в сутки + висмута цитрат 400 мг 2 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 2 раза в сутки) как наиболее эффективная и хорошо переносимая. По данным M. Demig и соавт. (2011), эффективность квадротерапии длительностью 14 дней у больных СД достигает 85%, что приближается к результатам квадротерапии у пациентов без диабета (87%) и намного превосходит таковые традиционной тройной терапии (пантопризол 40 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки) такой же длительности (51% успешной эрадикации). Не рекомендуется использование последовательной схемы эрадикации *H. pylori* ввиду недостаточной ее эффективности у больных СД (59,5%, по данным Ataseven H. et al., 2010).

В завершение лектор еще раз напомнил, почему оригинальный ИПП пантопризол (Контролок) является предпочтительным ИПП для антисекреторной терапии кислотозависимых заболеваний у пациентов с коморбидностью.

- Пантопризол не оказывает существенного влияния на систему цитохрома P450, поэтому не нарушает фармакокинетику большинства лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней, включая самые широко назначаемые средства — НПВП, ацетилсалициловую кислоту и клопидогрель.

- Среди всех ИПП пантопризол обладает наиболее высокой биодоступностью и обеспечивает самое длительное и стабильное подавление протонных помп париетальных клеток, благодаря чему достигается надежный контроль кислотообразования уже с первой дозы и в течение всего времени приема препарата.

- Пантопризол характеризуется высокой pH-селективностью и минимальными побочными эффектами.

- Пантопризол хорошо переносится пациентами с умеренной почечной и печеночной недостаточностью.

- Не требуется коррекция дозы пантопризола в зависимости от возраста.

- Наличие таблетированной и инъекционной форм пантопризола позволяет применять ступенчатую терапию.

Заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Украинской медицинской стоматологической академии, доктор медицинских наук, профессор Игорь Николаевич Скрыпник осветил вопросы лечения ГЭРБ.



В развитых странах наблюдается тенденция к росту распространенности ГЭРБ и утяжелению ее проявлений. Основным симптомом и жалобой пациентов при обращении за медицинской помощью, по данным исследований в США и Европе, является изжога. У каждого третьего пациента развивается рефлюкс-эзофагит, который может осложняться кровотечениями (2%), стриктурами пищевода (7-23%) и пищеводом Барретта (15-20%). В свою очередь пищевод Барретта при дисплазии высокой степени может приводить к развитию аденокарциномы пищевода с вероятностью 6% в год (Talley N.J., 2000; Pace F., Roggo G.B., 2006). Изжога — доказанный фактор риска возникновения аденокарциномы, частота эпизодов изжоги коррелирует с вероятностью развития рака. С возрастом изжога перестает доминировать как основной симптом ГЭРБ, а степень поражения слизистой оболочки пищевода нарастает (Johnson et al., 2004). У пожилых пациентов чаще встречаются атипичные, «тревожные» симптомы ГЭРБ: дисфагия, анорексия, рвота, потеря веса при отсутствии других заболеваний верхних отделов ЖКТ (Pilotto et al., 2006), на что следует обращать внимание при клиническом обследовании. Внепищеводным проявлениям ГЭРБ отводится важная роль в патогенезе заболеваний верхних дыхательных путей и легких.

К сожалению, в Украине диагноз ГЭРБ все еще выставляется редко, а статистика заболеваемости и распространенности не ведется. Алгоритм лечения осложненной ГЭРБ предусматривает оценку частоты основных симптомов рефлюкса — изжоги и регургитации и на основании этих данных — эмпирическое назначение кислотосупрессивной и антирефлюксной терапии. Всем пациентам с ГЭРБ показана коррекция режима питания и образа жизни:

- поднять изголовье кровати на 15 см;
- бросить курить;
- воздерживаться от употребления алкоголя;
- ограничить жирную пищу;
- не есть перед сном и ночью;
- контролировать массу тела.

Из рациона питания необходимо исключить шоколад, мяту, кофе (с кофеином и без), чай, сладкие газированные напитки, томатный сок, цитрусовые и соки (фреши) из них.

Следует учитывать, принимает ли пациент для лечения сопутствующих заболеваний препараты, которые могут угнетать перистальтику пищевода, уменьшать тонус нижнего пищеводного сфинктера, оказывают прямое повреждающее действие на слизистую оболочку пищевода: теofilлины, оральные β₂-агонисты, β-адреноблокаторы, неселективные холинолитики, миогенные спазмолитики, нитраты, транквилизаторы, наркотические

Продолжение на стр. 14.

ПЕРЕДПЛАТА НА 2014 РІК!

Здоров'я України®
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Передплатити наше видання Ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за каталогом видань України 2014 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 391-54-76.

Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія»

Актуальні питання гастроентерології, гепатології та колопроктології

Передплатний індекс – 37635

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати – 200,00 грн

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ◆ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку згідно з такими реквізитами: р/р 26000052613363 ФКВ «ПРИВАТБАНК», РОЗРАХУНКОВИЙ ЦЕНТР, МФО 320649, код ЄДРПОУ 38419785;
- ◆ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- ◆ вказати адресу доставки примірників.

Наша адреса: «Медична газета «Здоров'я України», 03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 1.

Телефон/факс відділу передплати (044) 391-54-76,
e-mail: podpiska@health-ua.com

Дата здійснення операції		Сума:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя”	
Платник:		Платник:		ФКВ „ПРИВАТБАНК”, розрахунковий центр	
Місце проживання:		Місце проживання:		Розрахунковий рахунок:	
Отримувач:		Отримувач:		МФО банку:	
Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:		3 8 4 1 9 7 8 5	
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3 3 2 0 6 4 9	
Платник:		Платник:		Контролер:	
Дата здійснення операції		Дата здійснення операції		Касир:	
Сума:		Сума:		Касир:	
Платник:		Платник:		Касир:	
Місце проживання:		Місце проживання:		Касир:	
Отримувач:		Отримувач:		Касир:	
Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:		3 8 4 1 9 7 8 5	
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3 3 2 0 6 4 9	
Платник:		Платник:		Контролер:	
Контролер:		Контролер:		Касир:	
Касир:		Касир:		Касир:	

Повідомлення

Квитанція

Выбор ингибитора протонной помпы и антацида в повседневной клинической практике гастроэнтерологов

Продолжение. Начало на стр. 12.

аналгетики, блокаторы кальциевых каналов, прогестерон, НПВП и препараты, содержащие желчные кислоты.

Согласно последнему Маастрихтскому соглашению (2011) инфекция *H. pylori* не является причинным фактором ГЭРБ, не влияет на тяжесть и рецидивирование симптомов ГЭРБ, а также на эффективность лечения. Эрадикация *H. pylori* не обостряет течение ГЭРБ и не снижает эффективность терапии.

Цели медикаментозного лечения ГЭРБ – постоянный и круглосуточный контроль кислотности желудочного сока и симптомов изжоги, в том числе в ночное время, заживление эрозивного эзофагита, включая продвинутое его стадии, или его профилактика у пациентов с неэрозивной ГЭРБ. Основой терапии ГЭРБ является эмпирическое назначение ИПП – в отношении профилактики эрозивного эзофагита они давно подтвердили преимущества перед H_2 -блокаторами и прокинетики (Khan et al., Cochrane Database Syst Review, 2007). По данным метаанализа рандомизированных контролируемых исследований, ИПП одинаково эффективно устраняют изжогу в течение первых 4 нед у пациентов с эрозивным эзофагитом и неэрозивной ГЭРБ (Weijenborg et al., 2012).

Для быстрого купирования симптомов изжоги в качестве нейтрализаторов кислоты применяются антациды, но это скорее средство самолечения, при неэффективности которого больные обращаются к врачу, и тогда перед специалистом встают вопросы: какой ИПП выбрать, в какой дозе, какой должна быть длительность лечения?

И.Н. Скрыпник представил критерии выбора ИПП для лечения ГЭРБ по системе STEPS: safety (безопасность), tolerability (переносимость), efficacy (эффективность: клиническая, эндоскопическая, экономическая, влияние на качество жизни), price (стоимость), simplicity (простота применения). Всем этим критериям соответствует пантопразол. Пантопразол быстро активируется при pH <3, обладает высокой селективностью против H^+/K^+ATP азы париетальных клеток, в отличие от других ИПП обуславливает необратимое блокирование протонных помп и самое продолжительное по времени снижение кислотности желудочного сока (до синтеза новых помп). В результате терапия пантопразолом обеспечивает полный контроль симптомов ГЭРБ в течение суток и высокую частоту заживления эрозий пищевода. Согласно регистрационным данным Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) из всех ИПП только в сертификате пантопразола указано, что пациенты, принимающие данный препарат, «отмечают полное устранение дневных и ночных симптомов изжоги и отрыжки начиная с первого дня лечения».

В соответствии с алгоритмом лекарственной терапии ГЭРБ, предложенным G.N. Tutgat в 2008 г., пантопразол может назначаться всем категориям пациентов:

– с эпизодическими симптомами ГЭРБ в качестве безопасного безрецептурного средства для самостоятельного купирования изжоги (возможно, в комбинации с невсасывающимися антацидами);

– при наличии частых симптомов, причиняющих беспокойство, в дозе 40 мг 2 раза в сутки с или без адьювантной терапии (антацид, прокинетики, сукральфат) в течение 4 нед или в режиме step down & stop (со снижением дозы по мере устранения симптомов);

– при «тревожных» симптомах в дозе 40-80 мг с или без адьювантной терапии в течение 4-8 нед, затем в режиме «по требованию» в дозе 20-80 мг или в качестве поддерживающей терапии на протяжении 3-6 мес.

Для больных с нерегулярными симптомами терапия «по требованию» является лучшим выбором. Остальным пациентам необходима поддерживающая терапия: пантопразол 20 мг ежедневно.

Особое внимание лектор обратил на режим приема ИПП, несоблюдение которого может быть одной из причин неэффективности терапии. Оптимально начинать лечение с однократного приема ИПП за 30-60 мин до первого приема пищи (завтрака). При недостаточном ответе на однократный прием стандартных доз можно назначать двойные дозы или рекомендовать двукратный прием ИПП, особенно у больных с ночными симптомами.

Первой ступенью самоконтроля типичных симптомов ГЭРБ по вышеприведенному алгоритму могут быть невсасывающиеся антациды. Для этой цели идеально подходит препарат Риопан. Благодаря оригинальному строению кристаллической решетки магалдрата при приеме «по требованию» он позволяет удерживать кислотность в желудке в пределах физиологической «зоны комфорта» – pH от 3 до 5. Известно, что при pH <3 появляются изжога, дискомфорт в эпигастрии, а при pH >5 нарушается переваривание белков, повышаются риски «кислотного рикошета», микробной инфекции вследствие нарушения защитного кислотного барьера.

Кроме того, магалдрат оказывает эффекты, которые защищают и способствуют восстановлению поврежденной слизистой оболочки желудка:

- нейтрализует и адсорбирует факторы агрессии желудочного содержимого (желчные кислоты, избыток пепсина, лизолецитин);
- связывает эпителиальный фактор роста и фиксирует его в области гастродуоденальных язв и эрозий;
- стимулирует синтез простагландинов и мукополисахаридов желудочной слизи.

В завершение И.Н. Скрыпник назвал некоторые перспективные средства терапии ГЭРБ. Это новые ИПП с удлиненным периодом полураспада и более продолжительным антисекреторным действием (декслансопразол MR, тенапразол), арбаклофен плакарбил (пролекарство R-изомера баклофена, эффективен только в комбинации с ИПП), которые в настоящее время находятся на разных стадиях экспериментальных и клинических испытаний.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**
Фото **Екатерины Кириченко**