

Резолюция Экспертного совета по проблемам диагностики и лечения кислотозависимых заболеваний

Заседание Экспертного совета (17–18.01.2015 г.) проходило под председательством В.Т. Ивашкина, академика РАН, доктора медицинских наук, заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», главного внештатного специалиста-гастроэнтеролога Министерства здравоохранения РФ, президента Российской гастроэнтерологической ассоциации. В работе Совета приняли участие Е.К. Баранская (Москва, ГБОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»), К.В. Ивашкин (Москва, ГБОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»), Н.В. Корочанская (Краснодар, ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»), О.В. Крапивная (Хабаровск, Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД»), Т.Л. Лапина (Москва, ГБОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»), К.М. Николаева (Якутск, Якутская городская клиническая больница), Н.Н. Николаева (Красноярск, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет»), В.И. Симаненков (Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»), А.С. Трухманов (Москва, ГБОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»), И.Б. Хлынов (Екатеринбург, ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»), А.А. Шептулин (Москва, ГБОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»).

Statement of The expert council on acid-related diseases diagnostics and treatment

V.T. Ivashkin, Ye.K. Baranskaya, K.V. Ivashkin, N.V. Korochanskaya, O.V. Krapivnaya, T.L. Lapina, K.M. Nikolayeva, N.N. Nikolayeva, V.I. Simanenko, A.S. Trukhmanov, I.B. Khlynov, A.A. Sheptulin

Кислотозависимые заболевания остаются крайне актуальной проблемой практического здравоохранения. *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь* (ГЭРБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, клинические симптомы которого (в частности, изжога) значительно снижают качество жизни таких больных. Отмечается повышение доли пациентов с пищеводом Баррета в структуре ГЭРБ, что ведет к увеличению частоты аденокарциномы пищевода.

По данным Министерства здравоохранения РФ, за период с 2006 по 2009 г. уменьшилось как общее число больных *язвенной болезнью* (ЯБ) — с 1663660 до 1522938 и в пересчете на 100000 населения — с 1446,5 до 1314,6, так и, что особенно важно, число больных с впервые выявленной ЯБ — с 148019 до 136363 в абсолютных цифрах и с 128,7 до 117,7 — в пересчете на 100000 населения. Тенденция к снижению заболеваемости может быть связана с широким вне-

дрением эрадикационной терапии при выявлении инфекции *H. pylori*. Однако важной проблемой остается увеличение процента осложненных форм ЯБ, главным образом кровотечений.

Современные представления о патогенезе и порядок диагностики и лечения ЯБ и ГЭРБ отражены в рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации (www.gastro.ru). Возрастающее число пациентов с кислотозависимыми заболеваниями на приеме у участкового врача и врача общей практики, особенности течения различных форм этих заболеваний делают актуальным обсуждение вопросов, связанных с ведением таких пациентов, на Совете экспертов.

В ходе обсуждения представленных докладов Совет экспертов пришел к следующему заключению.

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации описывают диагностику и лечение ГЭРБ на поликлиническом и стационарном

этапах оказания медицинской помощи. Следует констатировать существование этапа самолечения, когда пациент, страдающий изжогой, принимает лекарственные препараты по совету провизора, родственников и знакомых. Концепция ответственного самолечения, предложенная ВОЗ, допускает самостоятельное применение безрецептурных средств при некоторых заболеваниях, которые не требуют вмешательства врача или при которых больной уже получил консультации медицинских работников. Безрецептурными средствами для самолечения изжоги могут служить антацидные препараты, альгинаты и рабепразол (Парие) в дозе 10 мг в сутки.

2. Следует сконцентрировать усилия на повышении информированности общества о значении симптома изжоги. При обращении в аптеку больной должен получить совет о необходимости обследования и установления точной причины изжоги.

3. Симптом изжоги служит основанием для постановки врачом клинического диагноза ГЭРБ и назначения лечения — эмпирической терапии с применением *ингибиторов протонной помпы* (ИПП) с последующим решением о сроках проведения *эзофагогастродуоденоскопии* (ЭГДС) для уточнения диагноза.

4. Целесообразно профилактическое применение ИПП без проведения ЭГДС у больных, длительно получающих аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства. У этих групп пациентов показано предварительное тестирование на наличие инфекции *H. pylori*.

5. ИПП остаются наиболее эффективными лекарственными препаратами в лечении ГЭРБ и их назначают на всех этапах течения заболевания, но в разных дозах и курсами разной продолжительности. При лечении обострений ГЭРБ ИПП применяют в половинной или полной дозе (например, рабепразол 10–20 мг в сутки) в течение 4 недель при *неэрозивной форме рефлюксной болезни* (НЭРБ) и в полной дозе (например, рабепразол 20 мг с сутки) в течение 8 недель — при эрозивной форме, в том числе при внепищеводных

проявлениях ГЭРБ. Вне зависимости от формы и тяжести заболевания необходимо своевременное назначение адекватной терапии.

6. Для поддержания ремиссии ГЭРБ ИПП назначают в половинной дозе (например, рабепразол в дозе 10 мг в сутки), в том числе в режиме «по требованию» (при НЭРБ) и в полной или половинной дозе (например, рабепразол 10/20 мг) в режиме постоянного приема в течение 6–12 месяцев (при эрозивной форме болезни). При установленном диагнозе НЭРБ поддерживающая терапия в режиме «по требованию» способствует высокой приверженности больных к лечению. Безрецептурный прием рабепразола в дозе 10 мг служит оптимальным выбором для такого лечения благодаря скорости развития (в течение 1 часа) и длительности (до 48 часов) антисекреторного эффекта.

7. ИПП следует применять в минимальных терапевтически эффективных дозах. Двойная доза для лечения ГЭРБ не предусмотрена инструкцией по применению этих лекарственных средств. Избыточное назначение ИПП, как правило, не делает терапию более эффективной. Если стандартная доза не приводит к купированию изжоги и/или заживлению эрозий пищевода, то далее должна последовать оценка правильности диагноза. При рефрактерном течении ГЭРБ целесообразно проведение рН-импедансометрии.

8. Условием эффективного лечения является повышение приверженности пациентов к соблюдению общих рекомендаций и назначенного врачом режима приема ИПП.

9. Критерии качества оказания медицинской помощи больным ГЭРБ и ЯБ основываются на клинических рекомендациях, содержащих конкретные показания для проведения диагностических исследований и применения различных методов лечения. Целесообразной представляется публикация клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации вместе с критериями качества оказания медицинской помощи.