

Памятка для врачей при назначении НПВП

1. Актуальность проблемы

Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются у 50% больных, принимающих НПВП, гастродуоденальные язвы – у 25% пациентов. Эти поражения характеризуются часто бессимптомным течением, склонностью к развитию осложнений (кровотечений, перфорации).

Риск желудочно-кишечных кровотечений у больных, принимающих НПВП, возрастает в 3-5 раз, прободений язв – в 6 раз, риск смерти от осложнений, связанных с поражением желудочно-кишечного тракта, - в 8 раз. До 40-50% всех случаев острых желудочно-кишечных кровотечений бывают обусловлены приемом НПВП.

2. Факторы риска возникновения НПВП-гастропатии

- пожилой возраст;
- наличие сопутствующей патологии;
- наличие в анамнезе язвенной болезни (риск увеличивается в 17 раз);
- доза НПВП и продолжительности лечения (но может возникать и при лечении небольшими дозами ацетилсалициловой кислоты (150-300 мг в сутки));
- наибольший риск возникновения НПВП-гастропатии отмечается в период с 30-го по 50-й день приема препаратов, при назначении индометацина - к 7-14 дню приема;
- опасность возрастает при приеме НПВП перед едой, а также у курящих лиц и лиц, злоупотребляющих алкоголем;
- риск сохраняется при парентеральном введении НПВП, при применении быстрорастворимых форм аспирина и аспирина с энтеральным покрытием;
- риск может повышаться при одновременном применении других лекарственных препаратов: антикоагулянты (например, варфарина), кортикостероиды, алендронат, хлорид калия.

3. Инфекция *Helicobacter pylori* в развитии НПВП-гастропатии.

Согласно рекомендациям последнего согласительного совещания Европейской рабочей группы по изучению *H. pylori* «Маастрихт-4» (Флоренция, 2010), инфекция НР рассматривается как независимый фактор риска развития гастродуоденальных язв и их осложнений при приеме НПВП. **Во всех случаях перед назначением НПВП необходимо обследование больных на наличие инфекции НР и – при ее обнаружении проводится эрадикационная терапия.**

4. Лечение НПВП-гастропатии

1 шаг. Решить вопрос возможности отмены аспирина и других неселективных НПВП и замены их другими анальгетиками или селективными ингибиторами ЦОГ-2.

2а шаг. **Если это возможно**, то после перевода на прием селективных ингибиторов ЦОГ-2 назначить ИПП в стандартной дозировке (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, рабепразол или эзомепразол 20 мг – за 30 минут до завтрака) или (при осложненном течении эрозий и язв) в двойной дозировке - сроком на 4-8 недель;

2в шаг. **При невозможности отмены** аспирина и неселективных НПВП лечение осуществляется на фоне приема НПВП. После достижения заживления язвы назначается постоянная поддерживающая терапия стандартными (или двойными) дозами ИПП.

3 шаг. При обнаружении у больных инфекции НР (с помощью быстрого уреазного теста, дыхательного уреазного теста, морфологического метода, определения антигена НР в кале, серологического метода) проводится эрадикационная терапия.

4 шаг. Повысить эффективность курсового лечения НПВП-ассоциированных гастродуоденальных язв можно с помощью назначения на 4 недели комбинации

стандартных доз ИПП и висмута трикалия дицитрата (120 мг, по 2 таблетки 2 раза в день за 40 минут до еды).

6. Профилактика НПВП-гастропатии

Алгоритм профилактики НПВП-ассоциированной гастропатии зависит от риска возникновения эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больного, получающего НПВП.

При низком риске возникновения НПВП-гастропатии (отсутствии у больных факторов риска) профилактические мероприятия сводятся к назначению наименее ulcerогенных неселективных НПВП (например, ибупрофена), причем, по возможности, не в полной (2,4 г в сутки), а в минимально эффективной суточной дозе.

При среднем (умеренном) риске возникновения НПВП-гастропатии (наличии у больного 1-2 факторов риска) к перечисленным выше мерам добавляют антисекреторные препараты, либо прибегают к назначению селективных ЦОГ-2

При высоком риске возникновения НПВП-гастропатии (наличии большого числа факторов риска, одновременном приеме аспирина, антикоагулянтов или кортикостероидов) назначают ингибиторы ЦОГ-2 в комбинации с ингибиторами протонной помпы или мизопростолом.

При очень высоком риске возникновения НПВП-гастропатии (наличии многих факторов риска и анамнестических осложнений язвенных поражений) следует избегать назначения НПВП или же отдавать предпочтение применению селективных ЦОГ-2 в комбинации с ИПП и/или мизопростолом.

Памятка разработана на основании Клинических рекомендаций по диагностике и лечению эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами, одобренных Министерством здравоохранения Российской Федерации, Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией (Москва, 2014)