



**Региональная научно-практическая конференция
«Научно-познавательный ГАСТРО-РИНГ с
разборами клинических случаев актуальных
заболеваний ЖКТ»**



**Кафедра пропедевтики внутренних болезней и
гастроэнтерологии МГМСУ**

Язвенная болезнь у полиморбидного пациента: особенности терапии

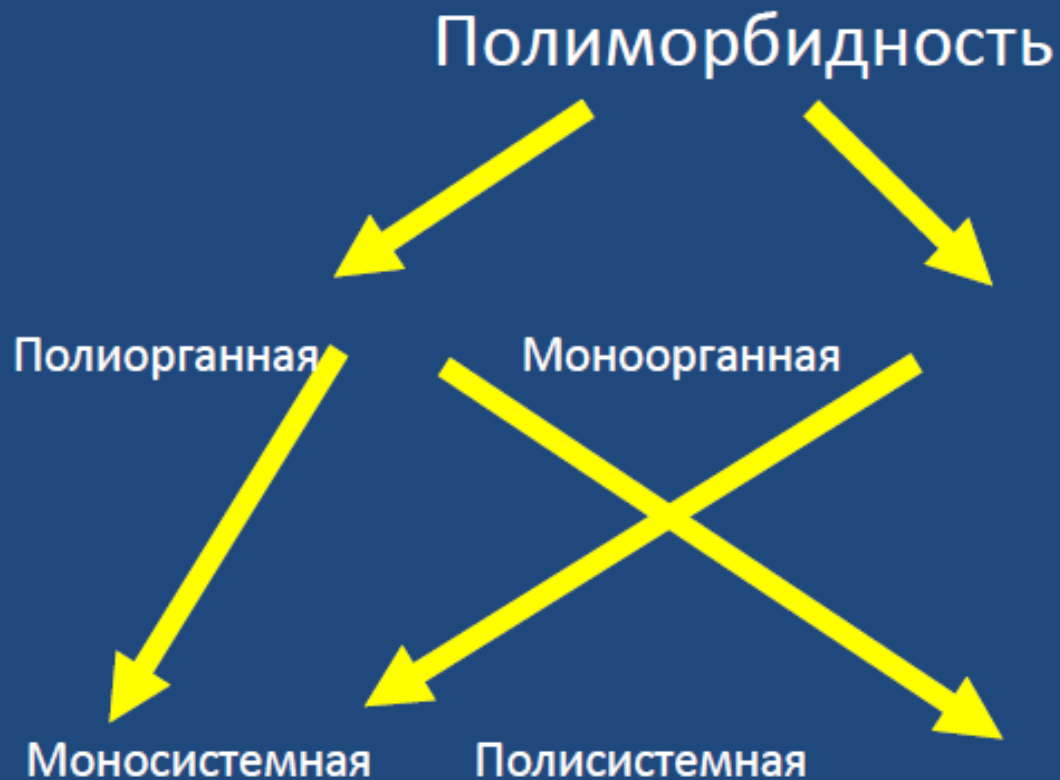
А.А.Самсонов

Н.Новгород, 2018

ДЕФИНИЦИЯ

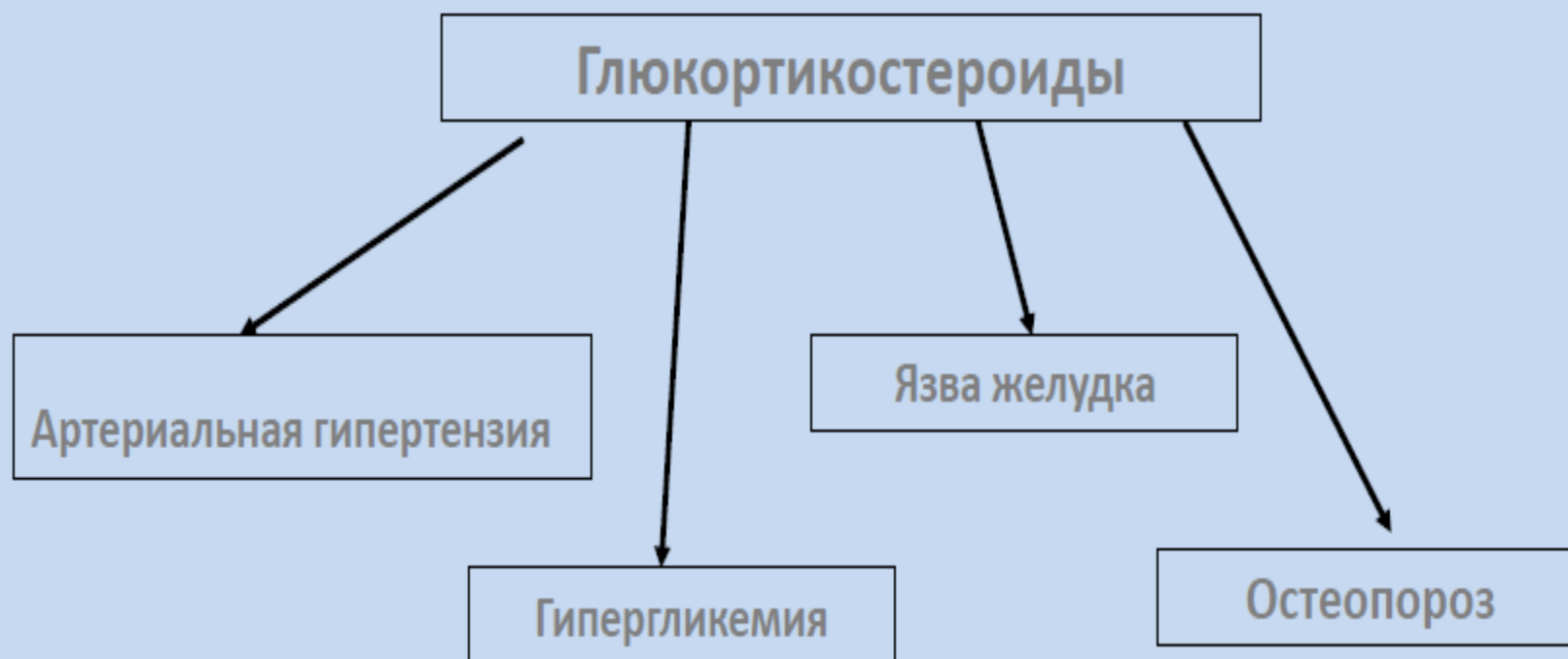
- **Полиморбидность** - наличие у индивидуума нескольких синхронно протекающих заболеваний в различных фазах и стадиях своего развития.
- - литературные синонимы: polyopathy, полипатия, мультифакториальные заболевания, «патопластика», «артритизм».
- - **коморбидность** - (сопутствующие заболевания) множественные заболевания, связанные как правило доказанным единым патогенетическим механизмом,
- - **мультиморбидность** - (не только сопутствующие , но конкурирующие) множественные заболевания, не связанные между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами.

Классификационный подход



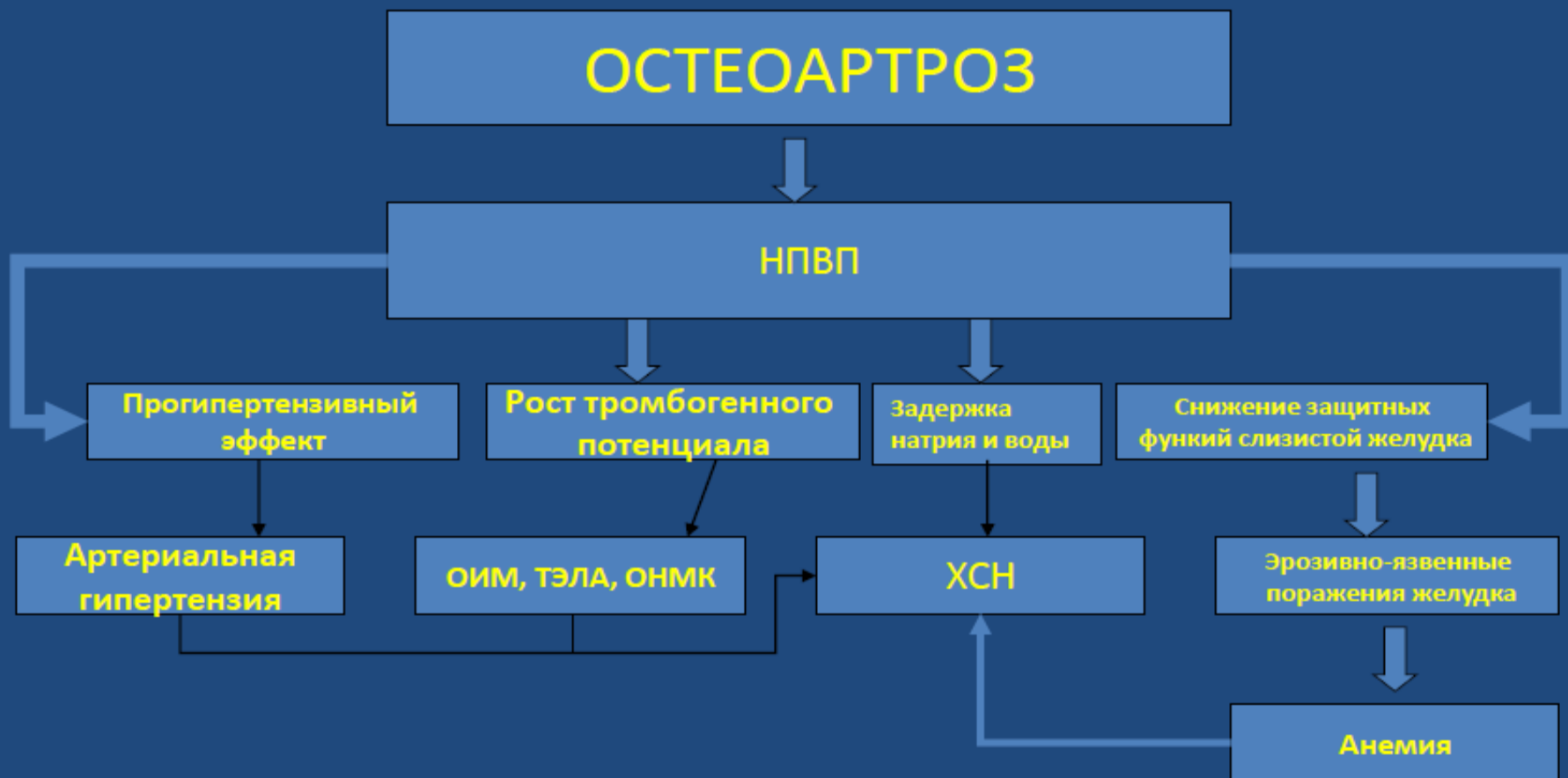
Лазебник Л.Б. 2005

Развитие полиморбности ятрогенным путем
(на примере глюкокортикоидной терапии)
МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ



НПВП – как ятрогенный фактор мультиморбидности у полиморбидных больных

«Массированный лекарственный удар» Л.Б.Лазебник



Полиморбидный фон при Эрозивно-язвенном поражении желудка и ДПК

- Ишемическая гастропатия
- Диабетическая гастропатия
- Гепатогенная гастропатия
- Панкреатогенная гастропатия
- Элиминационная гастропатия
- Иатрогенная гастропатия (НПВП, глюкокортикостероиды)

Эрозивно-язвенное поражение желудка и сахарный диабет

- **МИФ:**
- Длительное время существовало мнение, что ЯБ и СД являются "**взаимоисключающими**" заболеваниями.
W. Falta, 1953
- **РЕАЛЬНОСТЬ:**
- У больных СД более тяжелое течение пептических язв **затяжные сроки рубцевания язвы с частыми осложнениями.**
А.Л.Гребенев и соавт., 1983
- В последующие годы, при сравнении клинических и секционных данных, обнаружен **абсолютный рост частоты сочетанного течения этих заболеваний.**
А.Л.Гребенев и соавт., 1987

Особенность язвообразования при диабете

- Множественность изъязвлений в СОЖ (**21%**).
- Одновременность локализации в желудке и ДПК (**16,2%**).
- У больных СД 2 типа превалируют язвы желудка.

С.А.Алексееenko и соавт., 2001

Клиника

- Боли теряют четкую локализацию, характерную для ЯБ, становятся более продолжительными, а сроки рубцевания язв увеличиваются более чем в два раза.

Е.В. Кулешов и С.Е. Кулешов, 1996

- Патология нередко протекает атипично, торпидно или скрыто, под "маской" хронического холецистита, панкреатита, плеврита, стенокардии и т.п.
- У **28%** больных СД имеют место "**немые**" язвы, которые обнаруживают случайно

Л.И. Геллер и З.П. Козлова, 1971

- **Болевой синдром** в верхних отделах живота при наличии ЯБ чаще наблюдается у больных СД 1 типа

СД возникающий одновременно с ЯБ

- **Коморбидность** отягощает течение СД 1 типа, что выражается учащением периодов его декомпенсации, увеличением их продолжительности, возрастанием суточной потребности в инсулине.
- **Каждый рецидив ЯБ сопровождается выраженной декомпенсацией СД**
- **Рубцевание язвы, как правило, не наступает до тех пор, пока не достигнута компенсация СД.**
- Сроки рубцевания язв составляют, в среднем, **$63 \pm 2,5$** дня, что в 2 раза превышает этот показатель в контрольной группе больных с изолированным течением ЯБ.

СД затем ЯБ

(диабетогенные язвы)

- При присоединении ЯБ к СД 2 го типа обычно в возрасте после 40-50 лет. Чаще встречались язвы желудка (32%), чем язвы ДПК, а их симптоматика была более скудной и атипичной: отсутствовали "голодные" и "ночные" боли, периодичность и сезонность рецидивов; отмечалась высокая частота осложнений, среди которых преобладали кровотечения. В 20% случаев наблюдалась "немая" (бессимптомная) форма ЯБ.

Кислотность и СД

- При СД 1 типа в сочетании с ЯБ желудка **у 67% - повышена кислотность желудка.**
- У 57% больных с СД 2 типа, с ЯБ желудка, напротив, часовая продукция соляной кислоты сохранена или снижена, а повышена только у **26,3%.**
- **У большинства (60%) больных с дуоденальными язвами, сочетанными с СД, кислотопродуцирующая функция желудка оказалась повышенной, однако у 40% - снижена.**

Ю.Л. Федорченко, 2001



ЯБ, полиморбидность и ИПП, препарат выбора- пантопразол (ПУЛОРЕФ®)

- Пантопразол обладает выраженной антихеликобактерной активностью, создавая оптимальные условия для действия антибактериальных препаратов.
- После 2 недель лечения **ПАНТОПРАЗОЛОМ** в дозе 40 мг, ежедневно полное заживление дуоденальных язв отмечено у **89%** больных
- При длительной поддерживающей терапии отличается хорошей переносимостью и низкой (2,6%) частотой развития побочных эффектов
Bardhan K.D., Cherian P., et al., 2001
- Используется для профилактики и лечения поражений ЖКТ, вызванных приемом:

Стероидные препараты

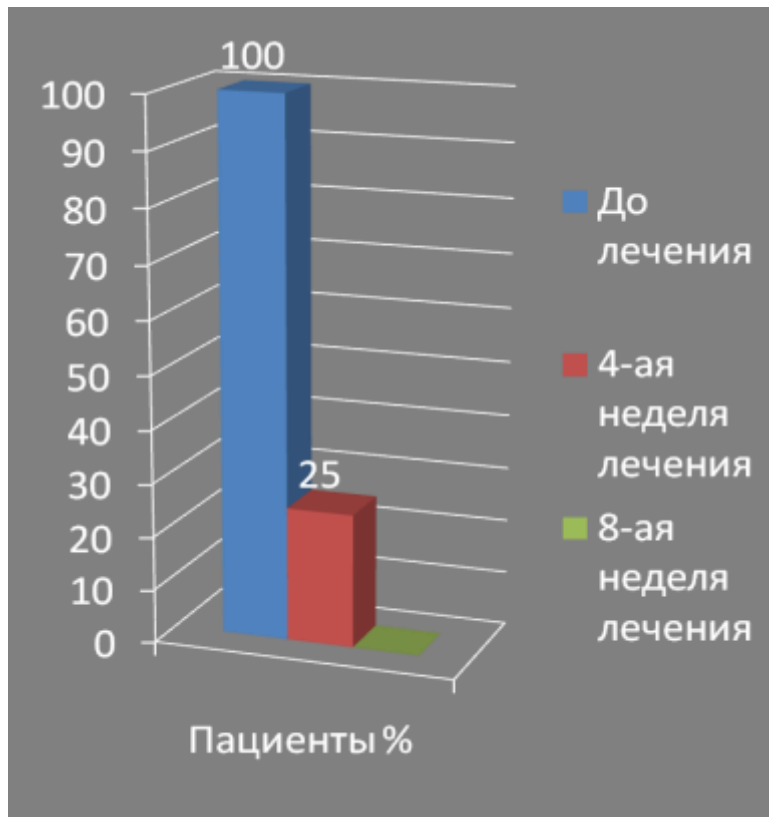
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)

Антитромботические (гепарин, варфарин)

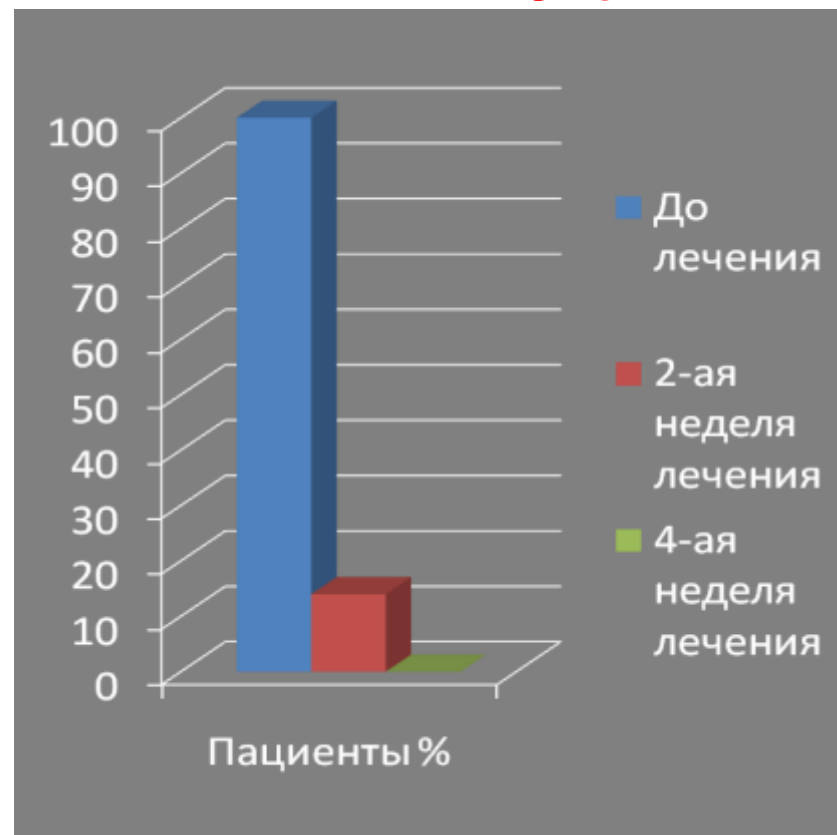
Алендронат



Результаты применения пантопразола у больных с НПВП – гастропатией (курс лечения 8 недель, доза 40 мг/сут)

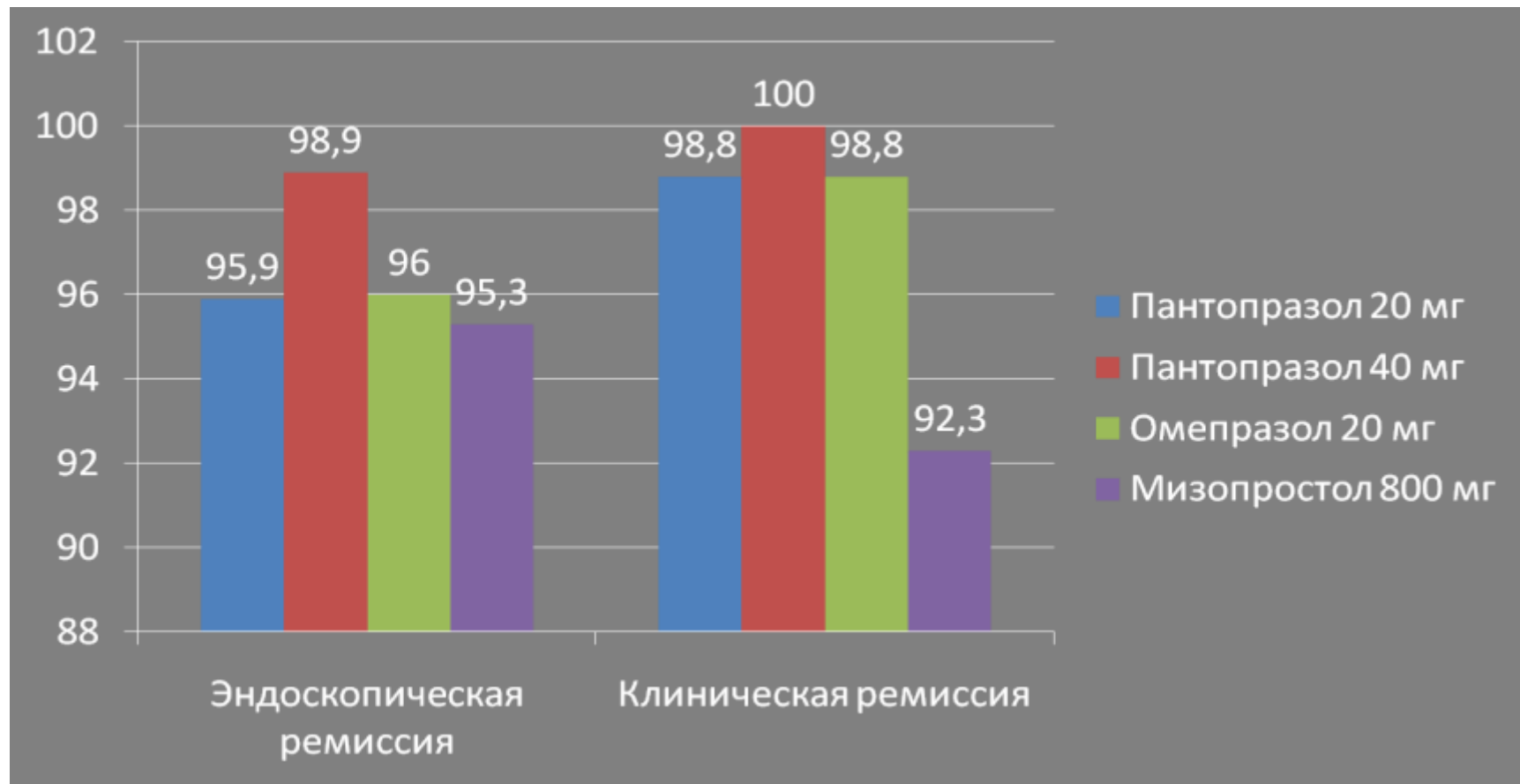


Эрозивно-язвенное поражение желудка



Эрозивно-язвенное поражение ДПК

Частота регистрации клинико-эндоскопической ремиссии у больных с НПВП-гастропатией на фоне 3-месячного профилактического курса ИПП и мизопростол (%)



Regula J, Deckers CPM, Raps D, et al., 2001

Stupnicki T, Dietrich K, Gonzalex-Carro P, et al., 2003

Межлекарственные взаимодействия ИПП с другими препаратами

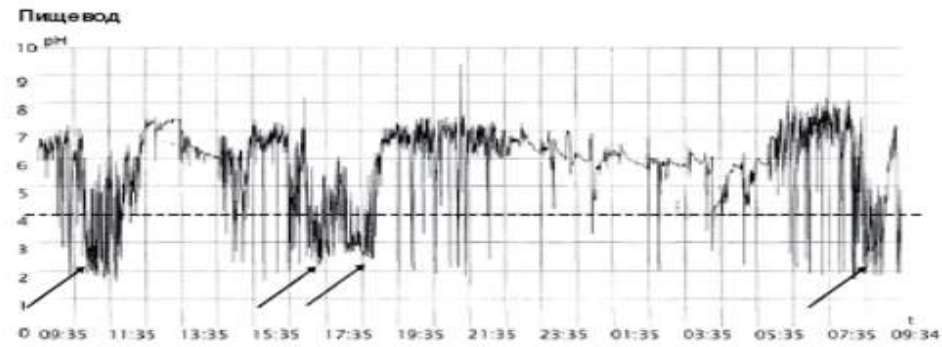
	омепразол	эзомепразол	лансопразол	рабепразол	пантопразол
Антациды	0 (нет)	- (нет данных)	+ есть	0	0
Карбамазепин	+	-	-	-	0
Контрацептивы	-	-	+ (конфликтные данные)	0	0
Диазепам	+	+	0	-	0
Диклофенак	0	-	-	+	0
Дигоксин	0	-	-	-	0
Этанол	-	-	0	-	0
Глибенкламид	0	-	-	-	0
Метопролол	+ -	-	-	-	0
Кларитромицин	+	-	-	-	0
Нифедипин	+	-	-	-	0
Фенитоин	0	+	0	-	0
Пироксикам	0	-	-	0	0
Теofilлин	0	-	+	0	0
Варфарин	+	0	0	0	0

С.М. Ткач, Ю.Г. Кузенко, Б.Н. Марусанич, 2006

- **Больная К., 59 лет**, поступила в ревматологическое отделение с диагнозом «ревматоидный артрит: полиартрит, медленно прогрессирующее течение. Сопутствующие: Сахарный диабет II типа, компенсированный.
- **При поступлении жалобы на:** ноющие боли, усиливающиеся при движении, периодическую припухлость мелких суставов кистей, правого локтевого и лучезапястных суставов, утреннюю скованность продолжительностью до 2 ч, эпизоды субфебрильной температуры.
- Пациентку беспокоили также выраженный дискомфорт в эпигастральной области, чувство тяжести и ощущение переполнения после приема пищи, иногда сопровождающиеся болью, усиливающуюся после еды, отрыжка воздухом вне зависимости от приема пищи, изжога 3–4 раза в неделю.
- Из анамнеза заболевания: страдает ревматоидным артритом (РА) с 2007 г., в настоящее время принимает метипред 8 мг/сут, сульфасалазин 2 г/сут, периодически при усилении суставного синдрома – диклофенак натрия в дозе 50–150 мг/сут, при дискомфорте в животе принимала антациды. Сахарный диабет II типа, компенсированный (диета, метформин, глюкованс 5/500)
- В течение примерно последнего месяца жалобы на ухудшение состояния в виде усиления суставного синдрома, утренней скованности. Самостоятельно возобновила прием диклофенака натрия в дозе 100 мг, в последующем 150 мг в сутки. Скованность и боли в суставах стали значительно меньше, однако при повышении дозы НПВП до 150 мг/сут. отмечает появление диспепсического синдрома, выраженной изжоги и периодических болей «под ложечкой».

- **Результаты ЭГДС:** пищевод свободно проходим, слизистая гиперемирована в нижних отделах, слизистая желудка диффузно резко гиперемирована (по типу «пылающей слизистой»), в антральном отделе имеются множественные подслизистые кровоизлияния, эрозии, привратник проходим, луковица ДПК умеренно раздражена. *H. pylori* - полож.

Клинический диагноз: НПВП-гастропатия с поражением антрального отдела, активная стадия, *H. pylori* (+); ГЭРБ – поверхностный эзофагит; ревматоидный артрит – полиартрит, медленно прогрессирующее течение, функциональная недостаточность суставов 2-й степени.

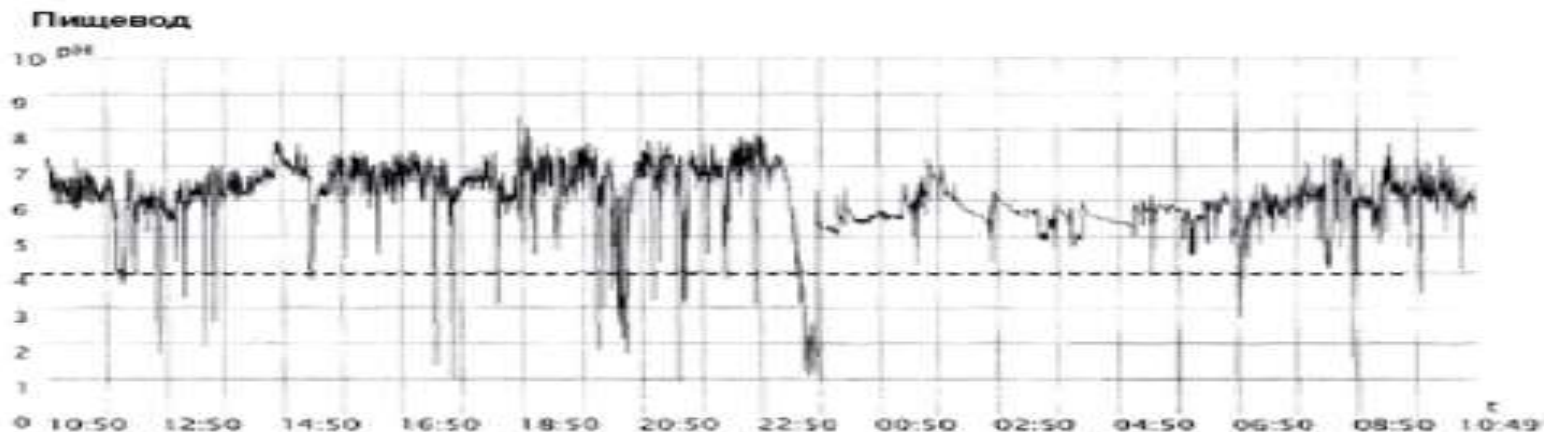


Выраженный ГЭР (стрелками на графике пищевода обозначены эпизоды продолжительных рефлюксов с $pH < 4$).

Общее время в пищеводе с $pH < 4$ составило 13% (в норме 4,5%), с $pH < 4$ стоя – 28% (в норме 8,4%), лежа – 5% (в норме 3,5%), общее число ГЭР – 76 (в норме 46,9), число ГЭР более 5 мин – 7 (в норме 3,5),

Показатель DeMeester (объективный показатель различия физиологического и патологического рефлюкса) – 38,08 (норма < 14,72).

- **Назначения:** отменен диклофенак натрия, **назначен пантопразол 40 мг/сут, (ПУЛОРЕФ 40 мг/сут)** принято решение воздержаться от неселективных НПВП, продолжена терапия метипредом и сульфасалазином. Конс. эндокринолога
- **На фоне проводимого лечения (на 6 день):** купировалась изжога, боли в животе.
- **Повторная ЭГДС :** положительная динамика в виде уменьшения гиперемии слизистой оболочки желудка, эрозивных эрозий



При анализе 24-часовой рН-граммы отмечено, что в динамике индекс DeMeester снизился до **10,86**

Рекомендации: переход на селективные ингибиторы ЦОГ-2 в сочетании с Пантопразолом (**ПУЛОРЕФ 40 мг/сут**) и топические НПВП в случае усиления суставного синдрома.

Заключение.

- В условиях полиморбидной патологии, в частности у больных ЯБ/гастропатией на фоне приема НПВП, при необходимости приема большого количества лекарственных препаратов с наименьшим риском наиболее оправданным представляется выбор пантопразола, который является идеальным антисекреторным препаратом защищающим желудок для пациентов, одновременно принимающих другие лекарственные средства.

