

Т.А. ПАНИНА, О.Б. ДЖАМБЕКОВА, Г.Р. СОРОКА  
Рудненская городская поликлиника

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОПАТИЯХ

*В работе представлена эффективность эрадикационной терапии и профилактики гастропатий, индуцированных нестероидными противовоспалительными препаратами, у больных с ревматоидными заболеваниями. Проведение эрадикационной терапии нецелесообразно. Такое лечение не может рассматриваться как метод профилактики рецидивов данной патологии у больных с ревматоидными заболеваниями, продолжающих прием нестероидных противовоспалительных препаратов.*

**Ключевые слова:** *Helicobacter pylori, нестероидные противовоспалительные препараты, эрадикация, ревматоидные заболевания.*

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются второй после *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) важнейшей причиной развития пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1], множественных эрозий слизистой оболочки (СО) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [2]. Пептические язвы у больных с ревматоидными заболеваниями (РЗ), вынужденных продолжать прием НПВП, имеют рецидивирующий характер, формируя своеобразную НПВП-ассоциированную язвенную болезнь [3]. Значение инфекции *H. pylori* в развитии язв и эрозий у больных РЗ является до настоящего времени предметом дискуссии. *H. pylori* обнаруживаются у большей части больных с НПВП-индуцированными гастропатиями, однако отрицательное влияние их и НПВП на СО желудка (СОЖ) не может рассматриваться как синергическое [4]. Патогенез НПВП-индуцированных гастропатий и *H. Pylori*-ассоциированной пептической язвы различен, поэтому взаимодействие этих двух факторов весьма сложное [5]. Вопрос о необходимости проведения эрадикационной терапии (ЭТ) у данных больных остается открытым.

Цель исследования - изучение эффективности эрадикационной терапии и профилактики НПВП-индуцированных гастропатий у больных с РЗ.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 66 больных с РЗ (58 женщин и 8 мужчин, средний возраст 53,6±12,6 года): 48 – с ревматоидным артритом, 13 – с остеоартрозом, 3 – с системной красной волчанкой и по одному с анкилозирующим спондилоартритом и подагрическим артритом, регулярно получавших НПВП. Критерии включения в исследование служили выявление при плановой эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) язв или множественных (более 10) эрозий СОЖ либо ДПК и необходимость длительного приема НПВП. Критерии исключения: проведение комплексной ЭТ в анамнезе и прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) на момент проведения первой ЭГДС. Все пациенты разделены на 2 группы: пациентам 1-й группы назначена комбинация антибактериальных препаратов (амокксициллин – по 1 г/сут и кларитромицин – по 0,5 г/сут в 2 приема в течение 10 дней) и пантопразол в дозе 40 мг/сут; 2-й группы – только пантопразол. В обеих группах преобладали женщины с РА, принимавшие диклофенак, около 50% больных - глюкокортикоиды. Язвы в анамнезе были у большей части больных 1-й группы, однако статистически различие было недостоверным ( $p>0,05$ ). Характер и локализация изменений, выявленных при ЭГДС, в обеих группах оказались сходными (преобладали язвы желудка), за исключением отсутствия в 1-й группе больных с эрозиями. Патологические изменения в ЖКТ протекали бессимптомно в обеих группах – 20% и 17,3%, предъявляли жалобы на гастралгии и диспепсические явления 28% и 33,3% больных соответственно. Наиболее часто при расспросе выявляли наличие болей в эпигастральной области, возникающих натощак (56 и 72,5% соответственно), и ощущения тяжести и переполнения в эпигастральной области после приема пищи (72 и 75% соответственно). Эффективность терапии оценивали по данным ЭГДС, которую проводили через 2 и 4 нед после начала приема пантопразола. Терапия считалась эффективной: при рубцевании язвы или эпителизации эрозий, положительной динамики жалоб больных и значительном уменьшении, либо исчезновении основных симптомов патологии ЖКТ (по субъективным ощущениям больных). Профилактический эффект ЭТ оценивали через 6 мес после лечения по частоте рецидивов язв и эрозий СОЖ и/или ДПК.

Результаты исследования и их обсуждение. Эффективность лечения в обеих группах была практически одинаковой. Язвы зарубцевались через 2 нед у 72% больных 1-й группы, рубцевание язв и эпителизация эрозий отмечены у 71,8% больных 2-й группы. Через 4 нед терапии язвы зарубцевались у 88 и 95% больных, но рубцевание язв ДПК отмечалось в обеих группах, а язв желудка – у 84 и 91,7% больных соответственно. Клинически терапия также оказалась эффективной и привела к купированию или значительному уменьшению основных жалоб у всех больных 1-й группы и 93,9% больных 2-й группы к 3–7-му дню от начала приема пантопразола (в среднем время достижения клинического эффекта составило 4,8±1,8 и 4,8±1,6 дня соответственно). Эрадикация *H. pylori* была достигнута у 88% больных 1-й группы. Частота нежелательных реакций в группах существенно различалась: в 1-й группе составила 32% (диарея, ощущение тяжести в эпигастральной области, гастралгии, эритематозные высыпания на коже); 2-й группе - 10% (диарея, ощущение тяжести в эпигастральной области, гастралгии, эритематозные высыпания на коже). Необходимости в прерывании приема пантопразола из-за нежелательных реакций не возникло.

Профилактический эффект эрадикации *H. pylori* оценивали через 6 мес по частоте рецидивов язв и эрозий у тех больных, у которых на первом этапе исследования терапия оказалась эффективна. Контрольное ЭФГДС удалось провести 18 больным 1-й группы и 29 больным 2-й группы. Значительный процент «выпадений» больных на 2-м этапе исследования (18,2 и 21,1 соответственно) определялся включением в исследование пациентов с выраженными нарушениями функции суставов. Это не позволило больным прибыть в поликлинику для планового осмотра в определенные протоколом сроки. Следует подчеркнуть - не зафиксировано ни одного случая гастродуоденальных осложнений или госпитализации по причине рецидива язвы, которые явились бы причиной неявики больных.

Рецидивы язв отмечали у 50% больных 1-й группы и 48,3% больных 2-й группы. *H. pylori* обнаружены в минимальном количестве у 22% больных 1-й группы. Данное лечение оказалось более эффективным у больных с язвами ДПК, все случаи неэффективности - с язвами желудка. Небольшое число обследованных не позволяет оценить значимость подобного различия. Значительно большая частота нежелательных реакций у пациентов 1-й группы, очевидно, связана с применением антибиотиков. Переносимость собственно пантопразола (2-я группа) оценена как достаточно хорошая. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии существенного влияния терапии на эффективность лечения и профилактику рецидивов НПВП-индуцированных гастропатий. Прием комплекса антибактериальных препаратов на фоне лечения ИПП позволил добиться эрадикации *H. pylori* у большей части больных 1-й группы, однако это существенно не повлияло на частоту и темпы рубцевания язв, как желудка, так и ДПК.

Эффективная эрадикация была достигнута на первом этапе лечения. Это подтверждается отсутствием *H. pylori* у большинства больных 1-й группы через 6 мес наблюдения. Рецидивы язв у больных 1-й группы возникали при отсутствии *H. pylori*, что позволяет сделать вывод, что *H. pylori* и хронический *H. pylori*-ассоциированный гастрит являются фоном, но не этиологическими факторами развития НПВП-индуцированных гастропатий. По-видимому, основной причиной развития воспалительных изменений СОЖ у больных с РЗ являлась, очевидно, инфекция *H. pylori*, а не влияние основного патологического процесса и терапии противоревматическими препаратами. При сохранении воздействия двух последних факторов на фоне эрадикации *H. pylori* эти воспалительные изменения значительно уменьшились, по крайней мере, в дистальных отделах желудка.

Таким образом, проведение эрадикационной терапии больным с эрозивно-язвенными изменениями СОЖ и ДПК, возникшими на фоне приема НПВП, нецелесообразно. Такое лечение не может рассматриваться как метод профилактики рецидивов данной патологии у больных с ревматоидными заболеваниями, продолжающих прием НПВП. Наиболее приемлемым для медицинской практики методом эффективной профилактики рецидивов НПВП-индуцированных гастропатий в настоящее время следует признать длительный (на весь курс лечения НПВП) прием ИПП в профилактической дозе (например, пантопразола по 40 мг/сут).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шептулин А.А. Современные возможности лечения и профилактики НПВП-индуцированной гастропатии // РЖГГК. - 2006. - Т. 16. - № 1. - С. 15-19.
- 2 Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. Гастродуоденальные эрозивно-язвенные повреждения, индуцированные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов //Клин. медицина. - 2008. - Т.86. - №2. - С. 8-14
- 3 Карасёва Г.А. НПВП-индуцированная гастропатия: от понимания механизмов развития к разработке стратегии профилактики и лечения // Медицинские новости. - 2012. - № 8. - С. 21-26.
- 4 Егоров И.В., Цурко В.В., Семенов П.А., Плечуца А.З. Лечение НПВП-гастропатии у пациентов с ревматическими болезнями пожилого возраста // Клиническая геронтология. - 2010. - Т. 16. - №3-4. - С. 40-44.
- 5 Vonkeman HE, Deleest H. et al. Assessment of Helicobacter pylori eradication in patients on NSAID treatment//BMC Gastroenterol. – 2012. – 24. – 12. – 133 p.

**Т.А. ПАНИНА, О.Б. ДЖАМБЕКОВА, Г.Р. СОРОКА**

ИТЕРМЕЛЕНГЕН СТЕРОИД ЕМЕС АУРУҒА ҚАРСЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІ ГАСТРОПАТИЯ КЕЗІНДЕГІ  
ЭРАДИКАЦИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

**Түйін:** Зерттеуде асқазанның эрозиялық-жаралы өзгерістерімен наукастың эрадикациялық терапиясын жүргізу анықталған, және ұлтабар ұшының орынсыз стероид емес ауруға қарсы дәрі-дәрмектерді қолдану тәсілімен пайда болған.

**Кілт сөздер:** *Helicobacter pylori*, стероид емес ауруға қарсы дәрі-дәрмектер, эрадикация, ревматоидтық аурулар.

**T.A. PANINA, O.B. DZHAMBЕКOVA, G.R. SORROKA**

EFFICIENCY OF ERADICATION THERAPY AT THE GASTROPATHY INDUCED BY NONSTEROID  
ANTIINFLAMMATORY DRUGS

**Resume:** In research it is established that carrying out eradication therapy by the patient with erosive and ulcerative changes of a stomach and a duodenum, arisen against reception of nonsteroid antiinflammatory drugs, is inexpedient. As the most acceptable for effective prophylaxis of recurrence of the gastropathy caused by reception of nonsteroid antiinflammatory drugs, it is necessary to recognize long reception of inhibitors of proton pump in a preventive dose.

**Keywords:** *Helicobacter pylori*, nonsteroid antiinflammatory drugs, eradication, rheumatoid diseases.