

УДК 616

ББК 52

В61

Вовк, Елена Ивановна.

В61

Гастропротекция : руководство для практических врачей / Е.И. Вовк, А.Л. Верткин. — Москва : Издательство «Э», 2018. — 160 с. — (Врач высшей категории).

ISBN 978-5-04-004780-2

Данная книга посвящена гастропротекции — ключевому вопросу современной клиники внутренних болезней. В качестве иллюстрации к этому положению можно привести следующие данные. Прежде всего высокая частота сердечно-сосудистой коморбидности, вредных факторов риска полипрогмазии и многое другое, что способствует развитию синдрома гиперацидности. В последующем нередко развитие эрозивно-язвенных повреждений желудочно-кишечного тракта, что явно усугубляет и без того негативный прогноз. В то же время врачами первичного звена эти проблемы либо не рассматриваются, либо не оцениваются, либо помощь пациентам приходит с опозданием. Ситуация осложняется еще и обширным списком рекомендуемых препаратов, в той или иной степени влияющих на секреторную функцию. Мы надеемся, что практическое руководство Е.И. Вовк и А.Л. Верткина дает современное представление о значении гастропротекции и будет полезно в первую очередь терапевтам, врачам общей практики, а также врачам всех специальностей, ведущим амбулаторный прием.

УДК 616

ББК 52

ISBN 978-5-04-004780-2

© Вовк Е.И., Верткин А.Л., текст, 2017

© ООО «Издательство «Э», 2017

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Научное издание

ВРАЧ ВЫСШЕЙ КАТЕГОРИИ

Вовк Елена Ивановна
Верткин Аркадий Львович

ГАСТРОПРОТЕКЦИЯ
РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Директор редакции *Е. Капъёв*
Руководитель направления *О. Шестова*
Ответственный редактор *О. Ключникова*
Художественный редактор *В. Брагина*

ООО «Издательство «Э»
123308, Москва, ул. Зорге, д. 1. Тел. 8 (495) 411-68-86.
Өндүрүшү: «Э» АҚБ Баспасы, 123308, Мәскеу, Зорге көшесі, 1 үй.
Тел. 8 (495) 411-68-86.

Тәуар белгісі: «Э»
Қазақстан Республикасында дистрибутор және өнім бойынша арыз-талаптарды қабылдаушының өкілі «РДЦ-Алматы» ЖШС. Алматы қ., Домбровский көш., 3-а, литер Б, офис 1.
Тел.: 8 (727) 251-59-89/90/91/92. факс: 8 (727) 251 58 12 вн. 107.

Өнімнің жарамдылық мерзімі шектелмеген.
Сертификация туралы ақпарат сайты Өндүрүшү «Э»
Сведения о подтверждении соответствия издания согласно законодательству РФ о техническом регулировании можно получить на сайте Издательства «Э»

Өндүрген мемлекет: Ресей
Сертификация қарастырылмаған

Подписано в печать 03.08.2017. Формат 70x108¹/₃₂.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 7,0 + вкл.

Тираж экз. Заказ



ISBN 978-5-04-004780-2



9 785040 047802 >



Электронное издание
www.elib.ru

ЛитРес:
www.litres.ru



СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Рецензия	7
Ключевые слова и список сокращений	9
Вместо предисловия: Клинико-морфологическая демонстрация.	10
Гастропротекция: что мы знаем сегодня	14
Соляная кислота определяет кислую реакцию желудочного сока	20
Гастропротекторы: определение и классификация	34
Антисекреторные препараты — препараты первого выбора для гастропротекции	38
Антациды и обволакивающие средства	70
Активаторы физиологической гастропротекции	80
Гастропротекция как метод профилактики ЖКК при острых эрозивно-язвенных поражениях и «химическом» повреждении слизистой ЖКТ	95
Гастропротекция при повреждении слизистой ЖКТ, ассоциированном с терапией НПВП	106
Стратегия профилактики НПВП-ассоциированных поражений ЖКТ	122
Гастропротекция у пожилого «сосудистого» пациента	128
Послесловие	144
Литература	149
Приложение	157



ВВЕДЕНИЕ

Среди обращающихся за медицинской помощью в поликлинику большую часть составляют пожилые пациенты с коморбидной сердечно-сосудистой патологией вследствие мультифокального атеросклероза. Частным проявлением атеросклероза артерий брюшной полости является хроническая ишемия верхних отделов желудочно-кишечного тракта с формированием гиперацидности и неизбежным развитием кислотозависимых повреждений — снижения регенераторной способности слизистой оболочки, образования язв и эрозий с развитием желудочно-кишечного кровотечения. Клиническое течение кислотозависимой патологии у коморбидных «сосудистых» пациентов утяжеляет плохо контролируемая артериальная гипертензия, анемия, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, легочное сердце, болезни суставов и др. Однако важнейшим предиктором развития и негативного прогноза кислотозависимой патологии

желудочно-кишечного тракта у коморбидного пациента является ятрогенное воздействие — более или менее масштабный прием незаменимых неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения болевых синдромов и антитромботических препаратов. Высокий риск развития кислотозависимой патологии у коморбидных «сосудистых» пациентов требует разработки и проведения рациональной гастропротекции у каждого такого пациента до развития угрожающих жизни кровотечений и анемии.

Гастропротекция — метод патогенетического фармакологического лечения, направленного на уменьшение или предотвращение повреждения слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК) и пищевода у пациентов с высоким риском развития гастродуоденальных поражений.

В данном руководстве мы попытались структурировать и изложить основные причины гиперацидности, лабораторные и инструментальные приемы, имеющие высокое диагностическое значение. Отдельно проанализированы стандартные ошибки при ведении больных на этапе поликлиники. Предложены алгоритм применения гастропротекции и наиболее эффективный



выбор лекарственных препаратов. Мы надеемся, что наша книга поможет участковым терапевтам и врачам общей практики в повседневной работе с данной категорией больных.

Авторы приносят благодарность заведующей патологоанатомическим отделением О.И. Астаховой и всем врачам терапевтических отделений ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы за неоценимую помощь в подготовке данной книги.

РЕЦЕНЗИЯ

«Думаю, что омепразол попадет в «вечные» препараты — как аспирин». Эти слова принадлежат известному фармакологу Каревой Е.Н., которая привлекает внимание врачей не только к проблеме выбора гастропротектора, но и к вопросу о значении гиперацидности в клинике внутренних болезней. Эта проблема становится все более актуальной в условиях современной медицинской практики и непосредственно влияет на практику амбулаторной помощи. В самом деле мы являемся свидетелями роста числа пожилых больных, сопряженным с этим патоморфозом заболеваний, коморбидностью и высоким риском развития гиперацидности верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Лечение подобных пациентов также неизбежно сопряжено с полипрагмазией, которая еще более увеличивает этот риск и приводит к развитию летальных осложнений.

Таким образом, именно на амбулаторном приеме, в условиях дефицита времени для тщательного

опроса, осмотра и анализа особенностей заболевания важно, чтобы врач был вооружен современным эффективным и экономически обоснованным алгоритмом предотвращения потенциально летальных осложнений гиперацидности — желудочно-кишечных кровотечений и микроцитарной анемии.

Представленная вашему вниманию книга — уже 15-я в серии «Амбулаторный прием». Она является результатом совместного труда сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова под руководством профессора А.Л. Верткина. Как и в других книгах данной серии, посвященных социально значимым болезням, в настоящем руководстве представлены алгоритмы и пошаговые рекомендации к проведению диагностических процедур в установке диагноза и назначении обоснованной терапии.

Мы надеемся, что эта книга займет достойное место среди руководств для непрерывного медицинского образования врачей как первичного звена, так и стационаров, а также интернов, ординаторов, аспирантов, студентов и преподавателей медицинских учебных заведений.

Президент Российского научного
медицинского общества терапевтов
академик РАН
А.И. Мартынов

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА И СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АСК — ацетилсалициловая кислота
- АТХ — анатомо-терапевтическо-химическая классификация
- ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- ДПК — двенадцатиперстная кишка
- ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение
- ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
- ИПП — ингибиторы протонной помпы
- КЗЗ — кислотозависимые заболевания
- НДА — низкие дозы аспирина
- НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты
- Н⁺ — ионы водорода
- НР — helicobacter pylori
- НСI — соляная кислота
- СМП — скорая медицинская помощь
- СУР 450 — цитохром Р 450
- ЭЯП — эрозивно-язвенные поражения
- ХСН — хроническая сердечная недостаточность



ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: Клинико-морфологическая демонстрация

Больная Ч-ва, 87 лет, госпитализирована по каналу СМП с гипотонией и болями в области сердца с диагнозом вероятного ЖКК. Накануне однократно был жидкий черный стул. На этапе СМП больной введено 500 мл физиологического раствора и 500 мг дицинона. В приемном отделении стационара состояние тяжелое, сознание сохранено. АД — 90/50 мм рт. ст., ЧСС — 130 в мин. Больная осмотрена дежурным хирургом: у больной признаки состоявшегося желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК). Консультация терапевта: больная однократно отметила черный полуоформленный стул.

Из анамнеза известно, что около года назад (в июне 2014 года) перенесла оперативное лечение по поводу перелома шейки левого бедра, в течение 40 лет страдает АГ, постоянно принимает энап, низкие дозы аспирина, при болях в правом бедре эпизодически принимает 1–2 таблетки диклофенака.



При осмотре: пониженного питания, отеков нет. Частота дыхания — 32 в мин., АД — 90/50, ЧСС — 130 в мин. При перкуссии легких звук притуплен. При аускультации дыхание равномерно диффузно ослаблено, хрипов нет. При аускультации сердца ритм сердца правильный, тоны глухие, систолический шум над всей областью сердца. Живот мягкий, умеренно болезненный в проекции толстой кишки. Печень у края реберной дуги. Стул в день госпитализации был двукратно, жидкий, в небольшом количестве, темного цвета. Не мочилась. На ЭКГ: ритм синусовый, гипертрофия левого желудочка, подъем сегмента ST и отсутствие зубца R во II, III, AVF, V5-V6. При ЭГДС: пищевод свободно проходит. Кардия тонична. В проекции всей большой кривизны — большой плотный сгусток крови. Складки желудка продольные, слизистая — мелкопятнистая. В верхней трети тела желудка с переходом на малую кривизну определяется изъязвление размером до 2 см, неправильной формы. Биопсия не взята. Признаков продолжающегося кровотечения нет.

Заключение: рак желудка с распадом, состоявшееся кровотечение. При лабораторном исследовании: Hb — 90 г/л, лейкоциты — $10,7 \times 10^9$; Эр — $3,2 \times 10^{12}$, СОЭ — 14 мм/ч, тромбоциты — 153×10^9 , билирубин — 17,4 мкмоль/л, мочевины — 13,2 ммоль/л, креатинин — 153 ммоль/л, глюкоза — 6,3 ммоль/л, АЛТ — 35 Е/л, АСТ — 23 Е/л, общий белок — 67 г/л.



Больная направлена в отделение реанимации с диагнозом:

1. ИБС, острый трансмуральный инфаркт миокарда в заднебоковой стенке левого желудочка на фоне артериальной гипертензии.
2. Рак желудка с распадом. Состоявшееся ЖКК. Больной проведена гемотрансфузия, терапия допаминот. Однако в течение двух суток у больной прогрессировала гипотония, и она скончалась.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Комбинированное основное заболевание

1. *Основное заболевание:* мелкоочаговый и диффузный кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 50%, кальциноз).
2. *Фоновое заболевание:* Артериальная гипертензия. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (масса сердца — 450 г, толщина стенки левого желудочка — 1,7 см). Атероартериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения: острая язва желудка в области малой кривизны с аррозией сосуда дна язвы. Рецидивирующее желудочное кровотечение (в полости желудка и тонкой кишке около 1500 мл крови). Острое общее малокровие. Отек легких, отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: атеросклероз церебральных сосудов. Хроническая ишемия мозга. Состояние после оперативного лечения рака шейки матки, химио- и лучевой терапии в 70-х гг. Перелом шейки бедра слева, остеосинтез (2014 г.)

Рисунки 1–3 на вклейке (с. 1) показывают, что смерть пожилой больной с сердечно-сосудистой коморбидностью наступила от остановки сердца в результате прогрессирующей анемии в результате ЖКК из язвенного дефекта. Дополнительными факторами риска явились прием антиагрегантов и НПВП.





ГАСТРОПРОТЕКЦИЯ: ЧТО МЫ ЗНАЕМ СЕГОДНЯ

Итак, главная цель гастропротекции — предотвращение угрожающих жизни осложнений вследствие повреждения слизистой оболочки желудка, ДПК и пищевода: ЖКК, перфорации, развития в исходе повреждения рубцовых деформаций и непроходимости и в отдаленной перспективе — малигнизации.

Методы гастропротекции:

- ✓ уменьшение повреждающего действия основного эндогенного фактора агрессии для слизистой оболочки желудка, ДПК и пищевода — соляной кислоты (HCl) у пациентов с высоким риском развития кислотозависимых заболеваний;
- ✓ восстановление нарушенных механизмов физиологической самозащиты и регенерации гастродуоденальной слизистой или их стимуляция;

- ✓ физическая защита слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ от повреждающего действия экзогенных и/или эндогенных факторов физической и химической агрессии.

Структурные и функциональные основы физиологической гастропротекции

Железы слизистой оболочки желудка в сутки секретируют 1–2,5 литра желудочного сока. Железы располагаются в глубине желудочных ямок (рис. 2). Количество желез в желудке достигает 15 млн. В зависимости от расположения железы подразделяют на кардиальные, собственные (фундальные), пилорические и железы дна желудка (рис. 3).

Кардиальные железы в основном содержат слизистые клетки, которые вырабатывают муцин, бикарбонаты и хлориды калия и натрия.

Собственные (фундальные) железы, самые многочисленные, расположены в теле и дне желудка. Состоят из 5 типов клеток: главных, париетальных (обкладочных), шеечных, добавочных слизистых и эндокринных клеток. Глав-

