

## Алгоритм депрескрайбинга ингибиторов протонной помпы (ИПП) для больных пожилого и старческого возраста (60 лет и старше) [1-6]

Депрескрайбинг не проводится у пациентов с:	Депрескрайбинг проводится у пациентов с:			
		Особенности клинического течения	Сроки и условия принятия решения о депрескрайбинге	Рекомендуемый вариант депрескрайбинга*
- пищеводом Баррета, - рефлюкс-эзофагитом степеней С или D до эпителизации эрозий, - высоким риском язвообразования или кровотечения из верхних отделов ЖКТ (кровотечения в анамнезе, осложненное течение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, синдром Золлингера-Эллисона, другие серьезные патологические состояния, связанные с гиперсекрецией соляной кислоты в желудке), пациенты, получающие ИПП при продолжающейся терапии НПВП, ацетилсалициловой кислотой, двойной или тройной антитромботической терапии, монотерапии ингибитором P2Y12 рецепторов тромбоцитов или монотерапии антикоагулянтам ранее 8 недель терапии ИПП и без	- ГЭРБ	Неэрозивная рефлюксная болезнь	4-6 недель лечения ИПП при устойчивом купировании симптомов	3
		Рефлюкс-эзофагит степени тяжести А и В по Лос-Анджелесской классификации	Не менее 4 недель (при степени А) или не менее 8 недель (при степени В) при условии эпителизации эрозий и устойчивого купирования симптомов	3,4
		Рефлюкс-эзофагит степени тяжести С и D по Лос-Анджелесской классификации после эпителизации эрозий ****	Не менее 8 недель при условии эпителизации эрозий и устойчивого купирования симптомов	5→3**
	- язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки	Неосложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	До 8 недель лечения ИПП при условии завершившегося рубцевания язвенного дефекта и устойчивого купирования симптомов	1 **
	- сопутствующей терапией НПВП	Прием НПВП прекращен	По окончании терапии НПВП и ЭГДС-контроля (при условии отсутствия эрозий, язвенных дефектов и других изменений, диктующих необходимость дальнейшего приема ИПП)	1
		Неосложненная НПВП-гастропатия, прием НПВП прекращен	4 недели приема ИПП, если произошла эпителизация эрозий и/или рубцевание язвенных дефектов, клиническая симптоматика стойко купирована. При необходимости решение о	1

подтверждения факта отсутствия эрозий/язвенных дефектов и/или при одновременном приеме этих препаратов с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, системными глюкокортикостероидами			депресскрайбинге может быть отсрочено вплоть до выполнения вышеуказанных условий.	
	- терапией инфекции <i>H. pylori</i>		До 2 недель	1***, **
	- гастропротективной терапией для профилактики стрессовых язв		Перед выпиской из стационара. *****	1 или 2→1 или 2→3
	- с терапией ИПП при отсутствие показаний к их назначению (в том числе самолечение)			1
	- прием ИПП на фоне монотерапии ингибитором P2Y12 рецепторов тромбоцитов или монотерапии антикоагулянтом (варфарин или новые оральные антикоагулянты)			После 8 недель приема ИПП и после проведения ЭГДС (необходимо подтвердить отсутствие эрозий и язвенных дефектов). Также необходимо убедиться в отсутствие одновременного приема селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

#### Динамическое наблюдение за пациентами после депрескрайбинга

	<p><b>Частота наблюдения:</b> через 4, 12, 24 и 48 недель (1, 3, 6, 12 месяцев) изменения режима дозирования ИПП в рамках депрескрайбинга; при тейперинге оценка симптомов также проводится в индивидуальные сроки перед каждым следующим планируемым снижением суточной дозы.</p> <p><b>Оцениваемые симптомы:</b> изжога, боль в эпигастрии, диспепсия, регургитация, снижение аппетита, снижение веса.</p> <p><b>Оценка комплаентности перед формированием рекомендаций.</b></p> <p><b>Рекомендации при возникновении симптомов:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- немедикаментозные (спать с приподнятым головным концом кровати, исключение приема пищи за 2-3 часа до сна, снижение массы тела (если необходимо), исключение из рациона продуктов, способствующих повышению интрагастральной кислотности и/или снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера (жиры, шоколад, кофе и др.</li> </ul>
--	--

см. Приложение 6), прекращение курения и отказ от алкоголя, исследование на наличие инфекции <i>H.pylori</i> ); - медикаментозные (купирование редких симптомов безрецептурными антацидами или ИПП (однократно или прием "по требованию"); возвращение к приему ИПП в прежней дозе (используемой до процедуры депрескрайбинга и тейперинга) при стойком возвращении (в течение 3-7 последовательных дней) симптомов поражения верхних отделов ЖКТ (в течение 2-4 недель с последующим решением вопроса о возможности депрескрайбинга); терапия инфекции <i>H.pylori</i> в случае ее наличия). - контроль «тревожных симптомов» (при появлении «тревожных симптомов» на любом этапе лечения состояний, требующих применения ИПП или депрескрайбинга ИПП (дисфагия, одинофагия, анорексия, желудочно-кишечное кровотечение, железодефицитная анемия, необъяснимое значительное снижение массы тела, раннее насыщение, рецидивирующая рвота) проводится эндоскопический контроль).
---

Примечания. ГЭРБ - гастроэзофагельная рефлюксная болезнь, ЖКТ - желудочно-кишечный тракт, ИПП - ингибиторы протонной помпы, НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты, ЭГДС - эзофагогастроуденоскопия.

\* Варианты депрескрайбинга:

#### 1. Отмена ИПП

2. Постепенное (тейперинг), оптимально с частотой 1 раз в 1-2 недели, двукратное снижение суточной дозы ИПП или последовательное назначение ИПП с частотой «один раз в сутки» вместо «два раза в сутки» (если применимо), «через день», «через 2 дня» и т.д. Рекомендованная частота снижения суточной дозы не может быть выполнена у всех пациентов; следует стремиться к снижению дозы ИПП у всех пациентов хотя бы раз в год. Последовательность снижения суточных доз (при ежедневном приеме) ИПП следующая:

- для омепразола 40 мг (если применимо); 20 мг; 10 мг. Суточная доза 60 мг назначается при состояниях, при которых депрескрайбинг нецелесообразен.
- для эзомепразола 40 мг (если применимо); 20 мг. Суточная доза 80 мг назначается при состояниях, при которых депрескрайбинг нецелесообразен.
- для пантопразола 40 мг (если применимо); 20 мг. Суточная доза 80 мг назначается при состояниях, при которых депрескрайбинг нецелесообразен или рекомендованный вариант депрескрайбинга – отмена ИПП.
- для рабепразола 40 мг; 10 мг. Суточные дозы 40 мг и 60 мг назначаются при состояниях, при которых депрескрайбинг нецелесообразен или рекомендованный вариант депрескрайбинга – отмена ИПП.
- для лансопразола 60 мг (если применимо); 30 мг; 15 мг.
- для декслансопразола 60 мг; 30 мг.

3. Прием ИПП по требованию – ежедневный прием препаратов в течение достаточного для купирования рефлюкс-связанных симптомов периода; после разрешения симптоматики препараты отменяются на все время отсутствия симптомов. ИПП при этом применяются 1 раз в день в стандартной или уменьшенной в два раза суточной дозе. При возвращении симптомов алгоритм повторяется снова.
4. Интермиттирующая терапия – ежедневный прием в течение predetermined, ограниченного периода времени (обычно 2-8 недель) лекарственных препаратов для купирования рефлюкс-связанных симптомов.
5. Поддерживающая терапия ИПП, если она проводится половинными от стандартных суточными дозами ИПП у больных с рефлюкс-эзофагитом степеней тяжести C и D по Лос-Анджелесской классификации после эпителизации эрозий и устойчивого купирования симптомов ГЭРБ. Если симптомы ГЭРБ при поддерживающей терапии удается контролировать лишь стандартными или двойными суточными дозами ИПП, вопрос о депрескрайбинге этих лекарственных препаратов следует рассмотреть позже.
6. Замена ИПП на блокатор H2-гистаминовых рецепторов. Экспертной группой создателей данного Протокола этот вариант депрескрайбинга не поддерживается.

\*\* Нельзя исключать прием ИПП по требованию у лиц пожилого и старческого возраста.

\*\*\* Имеются рекомендации по более длительному применению ИПП у пожилых при терапии инфекции *H. pylori*, вплоть до подтверждения эрадикации. Однако следует помнить, что продолжающаяся терапия ИПП увеличивает риск ложно-отрицательных результатов уреазных тестов.

\*\*\*\* В данной клинической ситуации решение о депрескрайбинге принимается индивидуально с участием мультидисциплинарной команды (лечащий врач, гастроэнтеролог, клинический фармаколог)

\*\*\*\*\* В данной клинической ситуации решение о депрескрайбинге принимается индивидуально с участием мультидисциплинарной команды (лечащий врач, гастроэнтеролог, клинический фармаколог). В случае принятия решения о продолжении приема ИПП, необходимо предоставить врачу первичного медицинского звена (амбулаторный этап) подробную схему приема ИПП, включая дозы, кратность приема, или режим снижения дозы, дополнительных методах исследования и сроков их проведения, возможные сроки депрескрайбинга ИПП и методы контроля его эффективности и безопасности

\*\*\*\*\* В данной клинической ситуации вопрос о депрескрайбинге принимается индивидуально с участием мультидисциплинарной команды, включающей кардиолога, гастроэнтеролога, клинического фармаколога и гериатра.

## Список литературы.

1. Farrell B., Pottie K., Thompson W., Boghossian T., Pizzola L., Rashid F.J., Rojas-Fernandez C., Walsh K., Welch V., Moayyedi P. Deprescribing proton pump inhibitors. *Canadian Family Physician* 2017; 63(5): 354-364.
2. Veterans' Medicines Advice and Therapeutics Education Services// Is your patient's proton pump inhibitor still needed? (August 2018) Доступно по <https://www.veteransmates.net.au/topic-52-therapeutic-brief>. Ссылка активна на 09.05.2019
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В, Трухманов А.С., Баранская Е.К., Дронова О.Б., Зайратьянц О.В., Сайфутдинов Р.Г., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Пирогов С.С., Кучерявый Ю.А., Сторонова О.А., Андреев Д.Н. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2017; 27 (4): 75-95.
4. Iwakiri K., Kinoshita Y., Habu Y., Oshima T, Manabe N, Fujiwara Y, Nagahara A, Kawamura O, Iwakiri R, Ozawa S, Ashida K, Ohara S, Kashiwagi H, Adachi K, Higuchi K, Miwa H, Fujimoto K, Kusano M, Hoshihara Y, Kawano T, Haruma K, Hongo M, Sugano K, Watanabe M, Shimosegawa T. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015. *J Gastroenterol.* 2016;51 (8):751–767. doi: 10.1007/s00535-016-1227-8.
5. Sandhu D.S., Fass R. Current Trends in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gut and Liver.* 2018; 12 (1): 7-16. doi: 10.5009/gnl16615.
6. Стандартные и низкие поддерживающие суточные дозы ИПП, зарегистрированных на территории РФ. Доступно по <https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx?s=> . Ссылка активна на 09.05.2019.