



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

1 (87) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (87)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026

январь

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 612.325:616.33]:616.72--002.77-092.9-036

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ (Обзор литературы)

Djabbarova M.B. <https://orcid.org/0000000244770512>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Статья посвящена актуальному состоянию проблемы гастропатий, вызванных применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), включая аспекты их предотвращения, ранней диагностики, профилактики и терапии. Особое внимание уделяется высокой распространенности данной патологии, обусловленной самолечением без контроля со стороны врачей и недостаточной осведомленности пациентов о возможных осложнениях, а также низким уровнем соблюдения рекомендаций по использованию гастропротекторов. В работе подчеркиваются успехи в изучении риск-факторов, разработке систем оценки риска для пациентов, а также создании комплексных подходов к клиническому обследованию и лечению.

Ключевые слова: Нестероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы протонной помпы, профилактика, гастропротектор.

KEY ASPECTS OF GASTROPATHY PREVENTION AND TREATMENT IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS FROM A MODERN MEDICINE VIEWPOINT
(Literature Review)

Djabbarova M.B. <https://orcid.org/0000000244770512>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan,
Bukhara, A. Navoi St., 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 Email: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

This article examines the current state of gastropathy caused by the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), including aspects of their prevention, early diagnosis, prophylaxis, and treatment. Particular attention is paid to the high prevalence of this pathology, which is due to self-medication without medical supervision, insufficient patient awareness of potential complications, and low adherence to recommendations for the use of gastroprotective agents. The paper highlights advances in the study of risk factors, the development of patient risk assessment systems, and the creation of comprehensive approaches to clinical examination and treatment.

Keywords: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, proton pump inhibitors, prevention, gastroprotective agent.

REVMATOID ARTRITLI BEMORLARDA GASTROPATIYANING OLDINI OLISH VA DAVOLASHNING ASOSIY JIHATLARI ZAMONAVIY TIBBIYOT NUQTAIDA
(Adabiyotlar sharhi)

Djabbarova M.B. <https://orcid.org/0000000244770512>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston,
Buxoro, A. Navoiy ko'chasi, 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 E-mail: info@bsmi.uz

✓ **Rezyume**

Ushbu maqolada steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar (NYAQV) dan foydalanish natijasida kelib chiqadigan gastropatiyaning hozirgi holati, shu jumladan ularning oldini olish, erta tashxis qo'yish, profilaktika va davolash jihatlari ko'rib chiqiladi. Ushbu patologiyani yuqori tarqalishiga alohida e'tibor qaratiladi, bu tibbiy nazoratsiz o'z-o'zini davolash, bemorlarning potentsial asoratlar haqida yetarlicha xabardor emasligi va gastroprotektiv vositalardan foydalanish bo'yicha tavsiyalarga past darajada rioya qilish bilan bog'liq. Maqolada xavf omillarini o'rganish, bemorlarning xavfni baholash tizimlarini ishlab chiqish va klinik tekshiruv va davolashga kompleks yondashuvlarni yaratishdagi yutuqlar ta'kidlangan.

Kalit so'zlar: Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar, proton nasosi ingibitorlari, profilaktika, gastroprotektiv vosita.

Актуальность

По данным многих авторов, распространенность РА среди населения достигла 1%, что относится к группе заболеваний, экономические потери которых для общества сопоставимы с потерями при ишемической болезни сердца. РА встречается у женщин в 2-3 раза чаще, чем у мужчин, и заболевание может начаться в любой период жизни, но чаще всего поражает людей трудоспособного возраста [20, 18; 21, 36].

По данным Всемирной организации здравоохранения, "ревматоидный артрит встречается в 0,8-2% случаев среди взрослого населения (до 5% среди женщин), в разрезе заболеваний суставов - до 10%, а годовое количество новых случаев заболевания составляет 0,02%." Поэтому медицинская и социальная значимость заболевания является серьезной проблемой, требующей решения в медицине, которая определяется экономическим ущербом не только из-за ее широкого распространения, но и из-за высокого риска быстрого инвалидизации. [1, 3, 14].

По данным Всемирной организации здравоохранения, гастрит есть у 60% населения мира (2023г). Частота морфологических изменений слизистой оболочки желудка – 80% среди взрослой популяции. (1) Страдают (более или менее выраженными симптомами) около 40% взрослого населения, но только 5% с жалобами обращаются к врачам. Более 300 млн. человек в мире ежедневно принимают НПВС, причем в 2/3 случаев — без назначения и контроля врача. [2].

Сообщается о ежегодном росте числа госпитализаций и смертей, связанных с осложнениями НПВС-терапии, возрастают экономические затраты на их лечение. Так, до 60% госпитализированных с желудочными кровотечениями указывают на предшествующий прием НПВС.

Медико-социальная значимость проблемы такова, что ревматологи часто называют НПВС-гастropатию «второй ревматической болезнью». Ревматоидный артрит (РА) относится к заболеваниям с хроническим течением, требующим длительной терапии и порождающим лекарственную патологию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). НПВП являются важным компонентом комплексной терапии ревматических заболеваний (РЗ) Постоянно принимают НПВП не менее 68,5% больных ревматоидным артритом [33, 36, 40.].

В мире распространенность гастродуоденальных повреждений при приеме НПВП высока. Опасность развития эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (СОДПК) при приеме НПВП повышается в 3,9 раза, а риск кровотечений в 8-раз. Около 22-68% пациентов, регулярно принимающих НПВП, указывают на эрозию слизистой оболочки, язву желудка, перфорацию или кровотечение. [34].

Заболеваемость НПВП-гастропатией при регулярном приеме НПВП составила 4%, а общее число смертей от этой патологии достигло 15-100 на 5 тыс. населения в год. Пациенты, получавшие НПВС, в 2-3 раза чаще умирают от желудочно-кишечных осложнений, чем люди, не принимающие препараты этой группы [7, 12.].

По данным литературы, поражение желудочно-кишечного тракта при ревматоидном артрите составляет от 13 до 62% и занимает важное место среди суставных проявлений заболевания. Патология гастродуоденальной зоны у больных РА с суставным синдромом является серьезной проблемой, так как, с одной стороны, она может привести к развитию гастроэнтерологических осложнений, отягощающих течение и прогноз основного заболевания, с другой стороны,

осложняет лечение, требует непрерывных месяцев и даже нескольких лет, в результате чего увеличивается потенциальное агрессивное долгосрочное воздействие на желудочно-кишечный тракт. [3, 47].

Конечно, в общей структуре причин смерти больных РА не занимает первое место в патологии органов пищеварения. А. Young и другие соавторы изучили причины смерти у 459 пациентов с РА. При этом наиболее частыми причинами смерти пациентов были кардиологическая и цереброваскулярная патологии, в общей сложности 41% несчастных случаев, 24% онкологических заболеваний и 22% бронхолегочных заболеваний, а также патология ЖКТ только в 3% случаев, что немного больше, чем осложнения после почечной патологии [17].

Для лечения РА у больных широко применяются нестероидные противовоспалительные препараты, наряду с эффективным действием которых наблюдается ряд их побочных реакций. Среди них наиболее распространенной является гастропатия НПВС. По данным некоторых авторов, частота этого осложнения у больных РА достигает 15-60% [20].

Высокий процент распространенности РА подразумевает наличие сопутствующих патологий у больных и, соответственно, сопутствующего коморбидного фона, что оказывает существенное влияние на прогноз заболевания, тактику лечения и, как следствие, на качество жизни больных с ревматоидным артритом. В середине 90-х годов XX века статистические данные указывали на необходимость говорить об "эпидемии" данной патологии. Доказано, что использование неселективных НПВС увеличивает риск желудочно-кишечных кровотечений более чем в 4 раза. Было отмечено, что среди пациентов, регулярно получавших НПВП в гастропатии, общее число смертей от этой патологии достигло 15-100 на 5 тыс. населения в год. [13].

Конечно, в общей структуре причин смерти больных РА не занимает первое место в патологии органов пищеварения. А. Young и другие соавторы изучали причины смерти у 459 пациентов с РА. При этом наиболее частыми причинами смерти больных были кардиологические и цереброваскулярные патологии, в общей сложности 41% несчастных случаев, 24% онкологических заболеваний и 22% бронхолегочных заболеваний, а также патология ЖКТ только в 3% случаев, что было выше, чем осложнения после патологии почек. [17].

НПВС-гастропатии предполагает наличие у таких больных сопутствующей патологии и, соответственно, неблагоприятного коморбидного фона, что существенно влияет на прогноз заболевания, тактику лечения и, как следствие, на качество жизни больных ревматоидным артритом. Распространенность заболевания очень высокая и составляет в среднем 0,7% от общей численности населения. В последние десятилетия годовая заболеваемость также составила 0,02% и оставалась на очень высоком уровне [1,3, 8].

Наиболее распространенная патология, связанная с применением НПВС - реакций допирования из желудочно-кишечного тракта, связана с блокадой ЦОГ-1, при которой снижение синтеза "цитопротекторного" ПГ и снижение защитного потенциала слизистой оболочки (СО) приводит к ее повреждению под влиянием внешних агрессивных факторов: хлористоводородной кислоты в верхней зоне желудочно-кишечного тракта, кишечного содержимого (ферменты, желчные кислоты, бактерии и продукты их распада) в тонком и толстом кишечнике. [9, 10, 25, 32].

НПВС-Несмотря на большое количество научно-исследовательских работ, посвященных проблеме диагностики и профилактики гастропатии, частота эрозивных, язвенных поражений слизистой гастродуоденальной зоны и жизнеугрожающих осложнений остается высокой [31, 32].

Результаты многоцентровых феноменологических исследований показали, что гастродуоденальные кровотечения зарегистрированы в клинической практике с частотой 401,4 на 1 миллион населения в возрасте от 18 лет и в 32% случаев обусловлены применением НПВС. В развитых странах Европы и Северной Америки частота гастродуоденальных кровотечений, связанных с приемом НПВС, за последние 20-25 лет увеличилась в 3 раза, а в России - в 2,2 раза [39].

В конце XX века были проведены исследования, которые показали, что прием НПВС

увеличивает риск желудочно-кишечных кровотечений в 4 раза, при этом частота этих осложнений составляет 4% для людей, которые регулярно их принимают. В ряде стран, в том числе в России, разработаны рекомендации по диагностике и профилактике осложнений, возникающих в результате приема НПВС [38].

Наряду с высокой фармакотерапевтической эффективностью НПВС, весь комплекс осложнений, различных по основным показателям, иногда приводящих к летальному исходу, связан с приемом НПВС. Среди негативных воздействий НПВС наиболее часто выделяются эрозивные и язвенные поражения пищеварительного тракта [35].

На сегодняшний день нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) широко используются в клинической практике благодаря своему обезболивающему и противовоспалительному действию. Таким образом, все НПВС составляет 8% от всех рецептов на лекарства. Наиболее распространенные препараты этой группы чаще всего применяются у пациентов старше 65 лет [9, 32].

При длительном применении НПВС (более 6 недель) у 70% больных развивается гастро-и дуоденопатия. Примерно у 30-40% пациентов, длительно принимавших НПВП, развиваются симптомы диспепсии, связанные с НПВП. У 1/2 больных с симптомами диспепсии, связанными с приемом НПВС, при эндоскопическом исследовании выявляются эрозии и кровотечения, язвы каждые 1/5-1/4 [5, 36].

Желудочное кровотечение обычно носит затяжной характер (2-3 недели), что объясняется несвоевременной явкой пациентов на медицинскую помощь и поздней госпитализацией (95% случаев). Следует отметить, что значительная часть больных (76,8%) уже продолжали принимать НПВС на фоне развившегося желудочно-кишечного кровотечения [5].

К сожалению, наряду с высокой фармакотерапевтической эффективностью, по основным показателям весь комплекс различных, порой летальных осложнений связан с приемом НПВС. Таким образом, НПВС составляют 20-25% всех зарегистрированных случаев постмедикаментозных заболеваний (побочных эффектов лекарств). Что касается смертности от осложнений НПВП, то в Испании смертность составляет 15,3 на 100 000 пациентов, в то время как в Великобритании ежегодно от приема НПВП умирает до 2000 пациентов. В Соединенных Штатах Америки 107 тысяч госпитализированных больных принимали НПВС [95; С.14-17] и 16,5 тысяч из них умерли, что отмечено в литературных источниках [8, 7, 34].

Риск госпитализации или смерти по поводу гастроэнтерологических проблем у больных ревматоидным артритом, длительно время принимающих НПВС, составляет 1,3-1,6% в год, что позволяет рассматривать желудочно-кишечные осложнения как одну из общих причин смерти [34].

НПВС-гастропатия отличается от язвы желудка, они наблюдаются преимущественно в области желудка, не имеют никакого отношения к изменению кислотности желудка и часто наблюдаются бессимптомно. Примерно у 50% пациентов с язвой желудка, кровотечениями из нее, эрозией желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие приема НПВП симптомы отсутствуют, протекают без патологических изменений, однако пациенты могут жаловаться на боли в области живота во время лечения НПВП [35].

На международной конференции специалистов по рациональному использованию НПВП (2017) с участием ведущих ревматологов и гастроэнтерологов (Насонов Е. Л., Ивашкин В. Т. и др.) было подчеркнуто, что для профилактики осложнений, связанных с приемом НПВП, важно учитывать факторы риска и (по возможности) лечить их, а также рекомендовать селективные и высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2, побочные эффекты которых значительно ниже, чем у потенциально неселективных НПВП. ИПП и ребамипид признаны наиболее эффективными фармакопрепаратами для профилактики и лечения [26].

Основываясь на мета-анализе последних исследований по данной проблеме, следует отметить, что селективные НПВП (мелоксикам в дозе 7,5-15 мг в сутки, нимекулид в дозе 100-200 мг в сутки) вызывают бессимптомную гастродуоденальную эрозию и развитие язвы желудка в желудке и двенадцатиперстной кишке в большей степени, чем неселективные НПВП [27].

В последние годы практикующим врачам всё чаще приходится сталкиваться с проблемами сопутствующей патологии и коморбидности, а также разрабатывать рациональную тактику для

правильного ведения таких пациентов. Одновременное лечение нескольких заболеваний требует строгого учёта совместимости препаратов и соблюдения принципов рациональной фармакотерапии, что зачастую трудно реализовать на практике. Следует отметить, что влияние коморбидной патологии требует особого подхода к оценке клинических проявлений, проведению диагностики, прогнозу и выбору тактики лечения многих заболеваний. [75].

Согласно разработанным рекомендациям по профилактике осложнений гастропатии, ассоциированной с приёмом НПВП, всех пациентов в зависимости от степени риска токсического воздействия НПВП на пищеварительный тракт можно разделить на три группы: низкий, средний и высокий риск. Пациенты из группы высокого риска должны полностью отказаться от приёма НПВП. При наличии абсолютных показаний к назначению этих препаратов рекомендуется применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) или одновременно селективных ингибиторов ЦОГ-2 [32, 40].

На международной конференции специалистов по рациональному использованию НПВП с участием ведущих ревматологов и гастроэнтерологов (2017) (Е. Л. Насонов, В. Т. Ивашкин и др.) было подчеркнуто, что для профилактики осложнений, связанных с приёмом НПВП, важно учитывать факторы риска и по возможности их корректировать, а также рекомендовать селективные и высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2, побочные эффекты которых значительно ниже, чем у потенциально неселективных НПВП. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) и ребамипид признаны наиболее эффективными препаратами для профилактики и лечения НПВП-гастрита. [39].

Основываясь на мета-анализе последних исследований по данной проблеме, следует отметить, что селективные НПВП (мелоксикам в дозе 7,5–15 мг в сутки, нимесулид в дозе 100–200 мг в сутки) в меньшей степени способствуют развитию бессимптомной гастродуоденальной эрозии и язв желудка и двенадцатиперстной кишки по сравнению с неселективными НПВП. [39, 23].

При разработке стратегии и тактики лечения больных с эрозивными и язвенными очагами гастродуоденальной зоны, индуцированными НПВП, обычно опираются на рекомендации американских специалистов. Американские гастроэнтерологи рекомендуют использовать две группы препаратов при лечении НПВП-гастрита: 1) антисекреторные средства — ингибиторы протонной помпы (ППИ) (омепразол, лансопразол, пантопразол) или блокаторы H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин); 2) препараты с гастропротекторным действием (мизопростол, сукральфат, де-ноль, ребамипид). [39].

В случае возникновения побочных эффектов при приёме НПВП в первую очередь следует пересмотреть показания к их применению. Если отмена препарата невозможна, рекомендуется снизить его дозу или заменить на препарат с минимальным риском побочных эффектов из числа допустимых. При этом необходимо учитывать, что селективные ингибиторы ЦОГ-2 могут вызывать тяжёлые побочные эффекты при наличии факторов риска на уровне, равном или превышающем риск, характерный для неселективных НПВП. [4, 24].

Для лечения и профилактики осложнений, связанных с приёмом НПВП, рекомендуется максимально ограничивать продолжительность их применения. Согласно рекомендациям Австралийского национального института совершенства здравоохранения и ухода за пациентами, у пациентов с диспепсией, получавших НПВП, у лиц старше 55 лет или у молодых пациентов с дисфагией или потерей веса следует исключить наличие опухолей пищевода и желудка. [9].

Для лечения и профилактики осложнений, связанных с приёмом НПВП, рекомендуется максимально ограничивать продолжительность их применения. Согласно рекомендациям Австралийского национального института совершенства здравоохранения и ухода за пациентами, у пациентов с диспепсией, получавших НПВП, у лиц старше 55 лет или у молодых пациентов с дисфагией или потерей веса следует исключить наличие опухолей пищевода и желудка. [30].

Одновременное применение ингибиторов протонной помпы (ППИ) с неселективными НПВП снижает риск образования язв желудка и кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с патологией верхних отделов ЖКТ, вызванных ятрогенным воздействием. В то же время использование селективного ингибитора ЦОГ-2 так же

эффективно для минимизации риска язвенного кровотечения, поэтому любая из этих стратегий является рациональной у лиц с риском развития язвенной болезни желудка. [31, 44].

Однако у пациентов с анамнезом кровотечения или перфорации из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки риск повторного кровотечения, связанного с приёмом НПВП, повышен, поэтому перед назначением этих препаратов необходимо тщательно пересмотреть показания. Комбинированная терапия с селективным ингибитором ЦОГ-2 и ингибитором протонной помпы (ИПП) у пациентов с анамнезом язвенного кровотечения показывает более высокую эффективность по сравнению с монотерапией селективным ингибитором ЦОГ-2, что дополнительно снижает риск рецидива язвенного кровотечения в желудочно-кишечном тракте. [45].

Для предотвращения гастротоксических эффектов предпочтение отдается селективным ингибиторам ЦОГ-2, которые обладают меньшей токсичностью по сравнению с традиционными НПВП, при этом сочетая быстрый анальгетический эффект и выраженное противовоспалительное действие. [29, 44.].

Практически все основные современные противоязвенные препараты — антациды, препараты висмута, синтетические аналоги простагландинов и антисекреторные средства — использовались в различных случаях для лечения и профилактики НПВП-гастропатий. Снижение риска возможно при применении минимальных эффективных доз НПВП и сокращении продолжительности терапии. Среди НПВП рекомендуется назначать препараты, минимизирующие риск поражения желудочно-кишечного тракта, в первую очередь селективные ингибиторы ЦОГ-2. При использовании минимальных эффективных доз и кратких курсов неотложной терапии следует полностью избегать комбинаций НПВП, особенно с аспирином, другими антиагрегантами, антикоагулянтами и глюкокортикостероидами. [Коллектив авторов. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. Научно-практическая ревматология [32, 29].

Особое значение в профилактике НПВП-ассоциированного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта имеет рациональное использование лекарственных средств с учётом клинической ситуации и фармакологических свойств препаратов. Не рекомендуется превышать рекомендуемые терапевтические дозы, а также комбинировать различные НПВП, например, при одновременном применении пероральных и парентеральных форм. У большинства пациентов самопроизвольная отмена НПВП не приводит к заживлению вызванной ими раны, однако может повысить эффективность противоязвенной терапии. [28].

Профилактика диспептического синдрома у пациентов, получавших НПВП, включает ряд традиционных мероприятий, способных сократить время воздействия препарата на слизистую оболочку пищевода и желудка. НПВП следует принимать в горизонтальном положении, запивая достаточным количеством жидкости и после еды. Приём НПВП после еды, особенно препаратов, оказывающих влияние на мембраны кишечника, может значительно увеличить время их пребывания в желудке и, соответственно, продолжительность воздействия на слизистую оболочку [28].

Риск развития диспепсии можно снизить, ограничив применение НПВП, часто вызывающих подобные нарушения. Возникновение неблагоприятных состояний желудочно-кишечного тракта нередко связано с индивидуальными фармакологическими особенностями конкретного препарата. Поэтому замена препарата, вызвавшего осложнение, на другой (в том числе содержащий то же активное вещество, но произведённый другим производителем) в большинстве случаев позволяет устранить диспепсию у данного пациента. [28].

Рекомендации экспертов из трёх научных обществ: по мнению специалистов Испанского ревматологического общества (SER — Spanish Society of Rheumatology), Испанской ассоциации гастроэнтерологии (AEG — Spanish Association of Gastroenterology) и Испанского кардиологического общества (SEC — Spanish Society of Cardiology), риск развития осложнений со стороны ЖКТ повышается при постоянном приёме высоких доз НПВП. Таким образом, не рекомендуется одновременно принимать два или более НПВП, поскольку совместное использование не повышает эффективность, но усиливает токсическое действие [26].

В условиях современной клинической практики врачи чётко выделяют применение НПВП как фактор риска развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и назначают

профилактическое лечение наряду с относительно безопасной терапией НПВП. Согласно результатам популяционного когортного исследования, несмотря на сопоставимый риск поражения верхних отделов ЖКТ, гастропротективные средства реже назначаются пациентам группы высокого риска, получающим низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (31,8%), чем пациентам группы высокого риска, принимающим НПВП (48,0%). Это свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования лечебных стратегий для более полного соблюдения клинических рекомендаций. [26].

Согласно данным Scarpignato и соавт. (2016 г.), врач не должен назначать НПВП до изучения анамнеза и проведения объективного исследования, так как это позволяет оценить риски, характерные для конкретного пациента, а также потенциальные преимущества терапии НПВП. Кроме того, при наличии факторов риска со стороны ЖКТ или сердечно-сосудистой системы следует изначально применять соответствующие методы профилактики (например, селективные ингибиторы ЦОГ-2 и/или ингибиторы протонной помпы, а также НДА) и регулярно оценивать соблюдение режима лечения, особенно у пациентов с высокой степенью риска [26].

Возникновение симптомов со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта, таких как диспепсия, изжога, вздутие или спазмы, тошнота и рвота, отмечается примерно у 40% пациентов, принимающих НПВП. При этом следует учитывать, что у 50–60% больных, получающих НПВП, осложнения со стороны ЖКТ могут протекать клинически бессимптомно. В связи с этим рекомендуется тщательный мониторинг пациентов, принимающих НПВП, особенно лиц с одним или несколькими факторами риска. [26].

В связи с широким клиническим применением НПВП и высоким риском осложнённого течения данного вида гастропатий большое внимание уделяется разработке методов их профилактики и лечения. В частности, американские гастроэнтерологи рекомендуют несколько стратегий снижения риска повреждения слизистой оболочки желудка при приёме НПВП, включая использование селективных ингибиторов ЦОГ-2, а также комбинированное применение гастропротективных препаратов и ингибиторов протонной помпы. [22, 9, 11].

При обсуждении методов профилактики развития НПВП-гастропатии в первую очередь необходимо проанализировать факторы риска её возникновения. С учётом этого следует отдавать предпочтение селективным ингибиторам ЦОГ-2, а при назначении неселективных НПВП подбирать препарат индивидуально и применять его в сочетании с ингибиторами протонной помпы и/или гастропротекторами. [22, 9, 11].

Существующие международные консенсусные документы рекомендуют стратификацию пациентов, принимающих НПВП. Такой подход позволяет определить оптимальную тактику лечения и профилактики гастропатии путём отнесения пациентов к группам риска в зависимости от наличия соответствующих факторов. Вместе с тем эффективность профилактического применения ингибиторов протонной помпы при длительном приёме НПВП с учётом индивидуальной реакции пациента изучена недостаточно. Таким образом, несмотря на высокую медицинскую и социальную значимость проблемы НПВП-гастропатии, ряд вопросов, касающихся факторов риска данной патологии и возможностей её профилактики, остаётся дискуссионным и недостаточно изученным [7, 9, 15].

Основным методом профилактики является учёт факторов риска, их по возможности устранение и назначение НПВП с более благоприятным профилем сердечно-сосудистой безопасности. Дополнительным методом профилактики осложнений со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта является назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП). [25, 9, 15, 29, 31].

На сегодняшний день к числу наиболее эффективных и широко применяемых препаратов для профилактики нежелательных явлений со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта относятся ингибиторы протонной помпы (ИПП). Многочисленные исследования, основанные на данных рандомизированных клинических исследований и популяционных наблюдений, показали, что применение ИПП позволяет в 2–3 раза снизить риск развития язв желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечных кровотечений и диспепсии, обусловленных приёмом НПВП [17].

Заключение

Статья посвящена актуальному состоянию проблемы гастропатий, вызванных применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), включая аспекты их предотвращения, ранней диагностики, профилактики и терапии. Особое внимание уделяется высокой распространенности данной патологии, обусловленной самолечением без контроля со стороны врачей и недостаточной осведомленности пациентов о возможных осложнениях, а также низким уровнем соблюдения рекомендаций по использованию гастропротекторов. В работе подчеркиваются успехи в изучении риск-факторов, разработке систем оценки риска для пациентов, а также создании комплексных подходов к клиническому обследованию и лечению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акулова АИ, Гайдукова ИЗ, Апаркина АВ, Ребров АП. Поражение желудочно-кишечного тракта при ревматических болезнях. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016;(6):69–73.
2. Ахмедов ХС. Различия иммунологических показателей при ревматоидном артрите в зависимости от зон проживания в Узбекистане. Universum: Медицина и фармакология. 2015;4(17):1–6.
3. Ахрарова ФМ. Характеристика изменений гастродуоденальной зоны у ревматических больных. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016;10(134):29–31.
4. Балукоева ЕВ. НПВП-индуцированная гастропатия: от понимания механизмов развития к разработке стратегии профилактики и лечения. Гастроэнтерология. 2017;(10):697–700.
5. Викторова ИА, Трухан ДИ, Иванова ДС. Современные возможности лечения и профилактики НПВП-индуцированных энтеропатий. Медицинский совет. 2020;(5):30–40.
6. Голованова ЕВ. Защита слизистой оболочки ЖКТ от повреждающего действия нестероидных противовоспалительных препаратов. Клиническая геронтология. 2017;(1–2):47–50.
7. Джаббаров МБ, Саидова ММ. Гастропатическая коморбидность у больных ревматоидным артритом. Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali. 2023;2(1):1–6.
8. Довгань ЕВ. Нестероидные противовоспалительные препараты: вопросы безопасности. Эффективная фармакотерапия. 2021;(21):6–12.
9. Дроздов ВН, Мещеряков ЮВ, Сереброва СЮ, Ших ЕВ. НПВП-повреждения желудочно-кишечного тракта: новые возможности профилактики гастро- и энтеропатий. Медицинский совет. 2019;(21):166–174.
10. Дыдыкина ИС, Коваленко ПС. Основные аспекты профилактики и лечения НПВП-гастропатии. Современная медицина. 2020;1(17):61–66.
11. Калагова АВ, Айларова НР, Панагов ЗГ. НПВП-гастропатии у больных ревматоидным артритом. Вестник науки и образования. 2019;1(55):97–99.
12. Каратаев АЕ. Контроль скелетно-мышечной боли: можно ли создать общий алгоритм терапии? Клиническая фармакология и терапия. 2016;25(2):43–52.
13. Каратеев АЕ, Насонов ЕЛ. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в медицине: фокус на нимесулид. Справочник поликлинического врача. 2021;(4):7–12.
14. Каратеев АЕ. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 и «защищённые» НПВП. Клиническая медицина. 2014;(8):54–60.
15. Каратеев АЕ, Гонтаренко НВ, Цурган АВ. Коморбидная патология пищеварительной системы у больных ревматическими заболеваниями. Научно-практическая ревматология. 2016;54(4):382–389.
16. Каримов МШ. Эндоскопическая картина верхних отделов ЖКТ на фоне приёма НПВП. Клиническая фармакология и терапия. 2018;27(4):40–44.
17. Каримов МШ, Мавлянов ИР, Сибиркина МВ, Тухтаева НХ. Поражение гастродуоденальной зоны при ревматоидном артрите. Терапевтический вестник Узбекистана. 2016;(1):110–114.
18. Каримов МШ, Мавлянов ИР, Тухтаева НХ, Мустафин РИ. Ревматоидный артрит и поражение гастродуоденальной зоны. Медицинский журнал Узбекистана. 2013;(3):83–87.

19. Каримов МШ, Хабилова НЛ. Состояние слизистого барьера желудка при НПВП-гастропатии. Вестник Ташкентской медицинской академии. 2013;(3):35–38.
20. Маев ИВ, Андреев ДН, Дичева ДТ, Жилиев ЕВ. Гастропатия, ассоциированная с НПВП. Consilium Medicum. 2017;19(8):110–115.
21. Мирзоев СЗ, Расулов УР, Рахматуллоева МН, Пардаев ГС. Эффективность лечения ревматоидного артрита. Вестник Авиценны. 2013;(1):90–93.
22. Мирзоев СЗ, Холмуродова ЗА, Тулаганова СМ. Особенности течения ревматоидного артрита при анемии. Вестник Авиценны. 2013;(4):68–71.
23. Насонов ЕЛ, Ивашкин ВТ, Яхно НН. Рациональное использование НПВП: междисциплинарный консенсус. Терапия. 2017;4(14):1–29.
24. Насонов ЕЛ, Ивашкин ВТ, Яхно НН, и др. Рациональное использование НПВП. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2017;27(5):69–75.
25. Пахомова ИГ. НПВП-ассоциированные повреждения ЖКТ. Consilium Medicum. 2017;19(9):109–113.
26. Пахомова ИГ, Белоусова ЛН. Поражения верхних отделов ЖКТ при приёме НПВП. Эффективная фармакотерапия. 2014;(49):24–28.
27. Пахомова ИГ, Кучмин АН. НПВП-ассоциированная диспепсия. Медицинское обозрение. 2018;(3):35–38.
28. Пахомова ИГ, Хорошина ЛП. Безопасность НПВП. Consilium Medicum. 2015;17(2):36–39.
29. Пахомова ИГ, Хорошина ЛП. Минимизация рисков НПВП-поражений ЖКТ. Медицинский алфавит. 2017;(8):15–20.
30. Пахомова ИГ, Хорошина ЛП. Применение НПВП у пожилых. Журнал неврологии и психиатрии. 2016;(1):169–172.
31. Рекомендации по профилактике и лечению НПВП-гастропатии. Москва; 2017.
32. Трубникова НС, Шилова ЛН, Александров АВ. Коморбидность при ревматоидном артрите. Вестник ВолгГМУ. 2019;2(70):12–16.
33. Трухан ДИ. Выбор НПВП с позиций лекарственной безопасности. Consilium Medicum. 2014;16(8):14–17.
34. Трухан ДИ. Ацеклофенак в фокусе коморбидности. Consilium Medicum. 2017;19(8).
35. Тухтаева НХ. Клиническая характеристика ревматоидного артрита. Педиатрия. 2020;(2):255–261.
36. Усанова АА, Бровкина ИВ, Фади К. Факторы риска НПВП-гастропатии. Актуальные проблемы медицины. 2015;4(201):20–22.
37. Циммерман ЯС. НПВП-гастрит или НПВП-гастропатия? Клиническая фармакология и терапия. 2018;27:1–7.
38. Шостак НА, Клименко АА. Современные аспекты применения НПВП. Клиницист. 2013;(3–4):53–61.
39. Шукурова СМ, Шодиев БР, Курбонова ФУ, Алиев ХМ. Коморбидность при ревматоидном артрите. Вестник АМН Таджикистана. 2017;(3):114–118.
40. American College of Gastroenterology. Clinical guidelines. 2024.
41. American College of Rheumatology. Clinical practice guidelines. 2024.
42. Filer A, Ward LSC, Kemble S, et al. Identification of a transitional fibroblast function in very early rheumatoid arthritis. BMJ. 2017:1–8.
43. Tai FW, McAlindon ME. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the gastrointestinal tract. Royal College of Physicians. 2021:131–133.
44. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2017:1–6.

Поступила 20.01.2026