



ФГБОУ ВО «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО» МЗ РФ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии им. проф. И. В. Комиссарова

## Депрескрайбинг ингибиторов протонной помпы

Коньшева Н.В., Сидоренко И.А., Налётова Е.Н.,  
Галаева Я.Ю.

«Всё есть яд,  
ничего не лишено  
ядовитости, и всё  
есть лекарство.  
Лишь только доза  
делает вещество  
ядом или  
лекарством».



*Парацельс*

**Депрескрайбинг** – это процесс отмены неподходящего ЛС, контролируемый медицинским работником с целью управления полипрагмазией и улучшения результатов лечения

Он направлен на уменьшение использования определенных лекарств конкретным пациентом в силу того, что они могут причинять вреда больше, чем пользы.

Термин **«депрескрайбинг»** впервые появился в Australian hospital pharmacy journal в 2003 г. в статье под названием «Депрескрайбинг: достижение лучших результатов в отношении здоровья пожилых людей за счет сокращения приема лекарств», в которой были изложены принципы отмены назначения, определены препараты, которые могут быть отменены, заменены или сокращены, план проведения отмены.

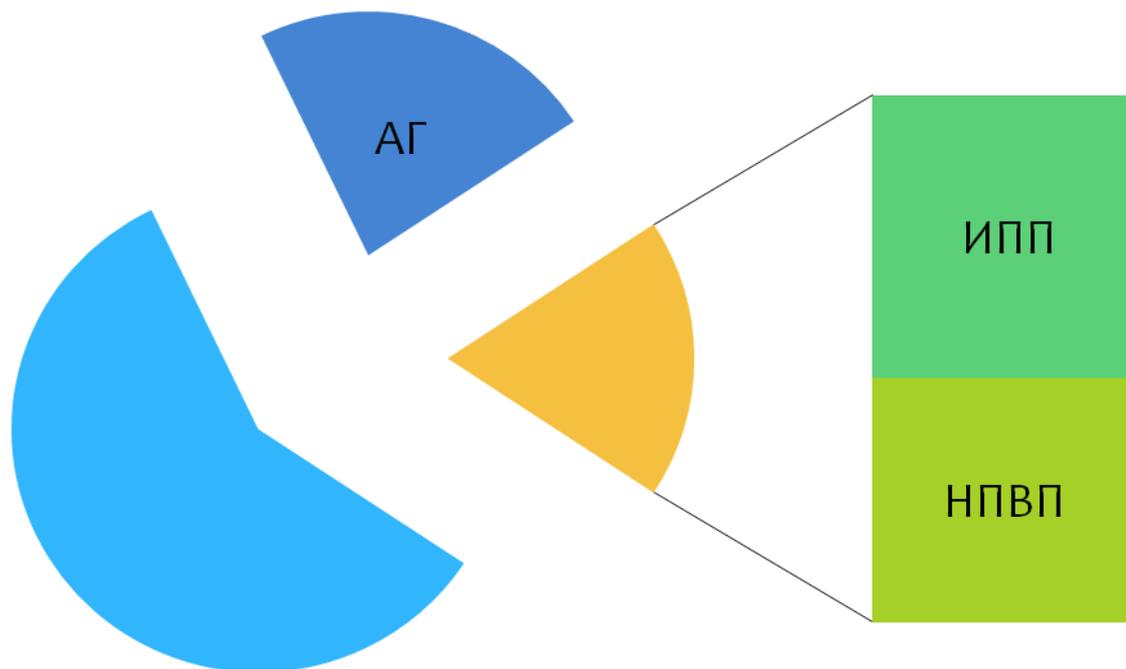




**Депрескрайбинг имеет особенно большое значение для категории пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих коморбидные состояния и сочетание нескольких заболеваний, что зачастую приводит к необходимости полипрагмазии. В клинической практике врачи разных специальностей делают назначение лекарственных средств (ЛС) пожилым пациентам по своему профилю заболеваний и при этом относительно мало уделяют внимания согласованию или сокращению препаратов во избежание полипрагмазии.**

**Ингибиторы протонной помпы (ИПП) являются одной из самых часто назначаемых пациентам пожилого и старческого возраста группой ЛС. Так, в рандомизированном клиническом исследовании (РКИ) L. Serra-Prat и соавт. установили, что 2 место в структуре потребления ЛС у пожилых больных занимали ИПП и антациды (229 из 252 пациентов) наряду с нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) - 8,5% от всех потребляемых ЛС для каждой группы, после занявших первое место большой группы антигипертензивных препаратов (17,6%).**

**ИПП - одни из наиболее часто назначаемых ЛС в мире.**



**По данным одномоментного  
наблюдательного исследования 63,6%  
пациентов принимают ИПП не в  
соответствие с клиническими  
рекомендациями**

**Длительный прием ИПП способствует полипрагмазии и повышает риск лекарственных взаимодействий и побочных эффектов:**

Развитие  
клубридияльных  
пневмоний

Острый  
интерстициальный  
нефрит

Дефицит  
витамина  
В12

Гипергастринемия  
и риск  
развития  
опухолей

Дефицит  
магния

Риск  
сердечно-сосудистых  
катастроф

Синдром  
избыточного бактериального  
роста в  
кишечнике

Остеопороз и  
повышенный  
риск возникновения  
переломов



# **Клинический протокол «Депрескрайбинг ингибиторов протонной помпы у пациентов пожилого и старческого возраста»**

## **Разработан рабочей группой в составе:**

Председатели: профессор, д.м.н. О.Н. Ткачева, академик РАН, профессор, д.м.н. И.В. Маев, член-корр. РАН, профессор, д.м.н. Д.А. Сычев  
Ответственные исполнители: профессор, д.м.н. О.Д. Остроумова, профессор, д.м.н. Ю.В. Котовская  
Члены рабочей группы: профессор, д.м.н. А.В. Наумов, профессор, д.м.н. А.Н. Казюлин, д.м.н. С.Ю. Сереброва, к.м.н. А.П. Переверзев, Г.С. Краснов, к.м.н. Д.Н. Андреев, к.м.н. А.И. Кочетков, к.м.н. А.А. Радочина

**Цель. Разработать основанные на имеющихся доступных доказательствах рекомендации по депрескрайбнгу ингибиторов протонной помпы (ИПП) у пациентов пожилого и старческого возраста в помощь практикующим врачам. С помощью настоящих рекомендаций врачи смогут снизить дозу или отменить прием ИПП у пациентов пожилого и старческого возраста.**



**Не забывайте**

- *«Все есть яд, ничто не лишено ядовитости, и все есть лекарство. Лишь только доза делает вещество ядом или лекарством».*



**Рекомендации. Протокол рекомендует выполнять депрескрайбинг ИПП (снижение дозы, отмена, интермиттирующая терапия, прием “по требованию”) у взрослых людей пожилого и старческого возраста (60 лет и старше), кто принимает ИПП более 4-8 недель для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), неосложненной язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (после подтверждения факта рубцевания язвенного дефекта и стойкого купирования клинической симптоматики), более 4 недель лечения неосложненного эрозивноязвенного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), индуцированного приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), для лечения некоторых других состояний, ассоциированных с гиперсекрецией соляной кислоты в желудке, более 2 недель для лечения инфекции *H.pylori*, больше времени, необходимого для профилактики стрессовых язв, при условии стойкого купирования клинической симптоматики заболевания, обусловившего риск ульцерогенеза.**

**Целевая популяция пациентов данного протокола: взрослые люди 60 лет и старше, принимающие ИПП:**

- более 4-8 недель для лечения ГЭРБ), неосложненной язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (после подтверждения факта рубцевания язвенного дефекта и стойкого купирования клинической симптоматики),
- более 4 недель лечения неосложненного эрозивно-язвенного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), индуцированного приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП),
- более 2 недель для лечения инфекции *H. pylori*,
- больше времени, необходимого для профилактики стрессовых язв,
- при условии стойкого купирования клинической симптоматики заболевания, обусловившего риск ulcerogenesis,
- при прекращении сопутствующей терапии НПВП, антитромботическими препаратами,
- при отсутствии показаний к применению ИПП (в том числе самолечение)

**Предложены стандартные и низкие поддерживающие суточные дозы ИПП, зарегистрированных на территории РФ (Омепразола, Эзомепразола, Пантопразола, Рабепразола, Лансопразол, Декслансопразола).**

**Обсужден депрескрайбинг ИПП при НПВП-гастропатии, приеме малых доз аспирина, глюкокортикостероидов, ИПП на фоне монотерапии ингибитором P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов или монотерапии антикоагулянтом (варфарин или НОАК).**

## Согласно российскому протоколу депрескрабинга ИПП имеются следующие показания к депрескрайбингу ИПП:

Неэрозивная рефлюксная болезнь после 4-6 недель  
лечения ИПП

Рефлюкс-эзофагит (степени тяжести А и В по Лос-  
Анджелесской классификации

Рефлюкс-эзофагит степени тяжести С и D по Лос-  
Анджелесской классификации после 8 недель  
лечения ИПП

## Показания к депрескрайбингу ИПП:

Лечение в течение до 8 недель неосложненной язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (при эндоскопической верификации рубцевания язвенного дефекта, а также стойком купировании клинической симптоматики заболевания).

Лечение в течение 4 недель неосложненного эрозивно-язвенного поражения верхних отделов ЖКТ, индуцированного приемом НПВП (при условии прекращения приема НПВП, эндоскопической верификации эпителизации эрозий и/или рубцевания язвенного дефекта, а также при стойком купировании клинической симптоматики заболевания)

Сопутствующая терапия в случае назначения НПВП (при условии окончания терапии НПВП и ЭГДС-контроля - отсутствие эрозий, язвенных дефектов и других изменений, диктующих необходимость дальнейшего приема ИПП).

## Показания к депрескрайбингу ИПП:

Применение ИПП для профилактики стрессовых язв перед выпиской из стационара

Проведенный двухнедельный курс эрадикации инфекции *H. pylori* в рамках лечения хронического гастрита или симптомов диспепсии.

Прием ИПП в отсутствие показаний к их назначению ИПП (в том числе самолечение).

## Показания к депрескрайбингу ИПП:

Прием ИПП на фоне монотерапии ингибитором P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов или монотерапии антикоагулянтом (варфарин или новые оральные антикоагулянты (НОАК))\* . \* - вопрос о депрескрайбинге ИПП на фоне монотерапии ингибитором P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов или монотерапии антикоагулянтом (варфарин или НОАК) может быть рассмотрен после 8 недель приема ИПП и после проведения ЭГДС

Также необходимо в обязательном порядке убедиться в отсутствие одновременного приема селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Вопрос о депрескрайбинге ИПП на фоне монотерапии ингибитором P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов или монотерапии антикоагулянтом (варфарин или НОАК) должен решаться мультидисциплинарной командой, включающей кардиолога, гастроэнтеролога, клинического фармаколога и гериатра.

# Противопоказания к проведению депрескрайбинга:

- Пищевод Баррета.
- Рефлюкс-эзофагит степени С или D до эпителизации эрозий и стойкого купирования клинической симптоматики

- Кровотечение из язв ЖКТ в анамнезе
- Осложненное течение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе

- Некоторые серьезные патологические состояния, связанные с гиперсекрецией соляной кислоты в желудке (синдром Золлингера-Эллисона, синдром идиопатической секреции соляной кислоты, системный мастоцитоз и др.)
- Прием любых НПВП, в том случае, если не произведена их отмена, в том числе в комбинации с антиагрегантом(-ами) и/или антикоагулянтом, а также с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина.

# Противопоказания к проведению депрескрайбинга:



- Прием ацетилсалициловой кислоты в низких дозах (в рамках профилактики сердечно-сосудистых событий), в том числе, в составе двойной или тройной антитромботической терапии.



- 
- Необходимо убедиться в необходимости назначения ацетилсалициловой кислоты, проверив соответствие данного назначения существующим клиническим рекомендациям.



- Прием глюкокортикостероидов

# Режимы (формы) депрескрайбинга ИПП

1. Депрескрайбинг как отмена препарата или снижение его суточных и курсовых доз при непрерывном приеме может быть выполнена и одномоментно или в режиме постепенного понижения суточной дозы (тэйперинга).

2. Режим постепенного снижения дозы включает в себя следующие варианты:

- снижение дозы на 50% за счет перехода с двукратного приема на однократный;

- уменьшение в два раза количества препарата, принимаемого в один прием;

- интермиттирующий (назначение препарата в режиме «через день» или «через 2 дня» и т.д.)

- прием “по требованию”.



# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**Избыточное (необоснованное) использование медикаментов признано ключевой причиной полипрагмазии и оказывает негативный эффект на здоровье пациентов старших возрастных групп. Потенциальный вред ИПП нельзя считать незначительным. Литературные данные свидетельствуют о том, что ИПП могут быть безопасно отменены у ряда пациентов. Депрескрайбинг поможет клиницистам вовремя принять решение о прекращении приема ряда лекарственных средств и потенциально снизит негативный эффект полипрагмазии.**





Благодарим за внимание!