

ГЭРБ: нюанси назначения прокинетиков

«Глобальная проблема современности», «бич XXI века» – эти эмоциональные определения подчеркивают актуальность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), нозологии, которая на протяжении нескольких десятилетий привлекает к себе пристальное внимание врачей различных специальностей.

Благодаря публикации Гштадского руководства по лечению ГЭРБ (G. Tutgat et al., 2008) постулат о необходимости проведения кислотосупрессивной терапии с предпочтительным назначением ингибиторов протонной помпы (ИПП) хорошо известен всем практическим врачам. Однако в ряде случаев снижение агрессивного воздействия рефлюксата на слизистую оболочку пищевода не позволяет устранить еще одну причину болезни – нарушение двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта. Восстановление антирефлюксного механизма (нормализация тонуса нижнего пищеводного сфинктера, предотвращение повторных эпизодов его спонтанных релаксаций) и возобновление естественной перистальтической активности пищевода и желудка возможны при назначении прокинетических препаратов.

В каких случаях назначение прокинетики при ГЭРБ будет наиболее эффективным? Позволит ли прием прокинетики одинаково быстро восстановить слизистую пищевода при эрозивной (ЭРБ) и неэрозивной (НЭРБ) формах рефлюксной болезни? Какому прокинетику следует отдать предпочтение? Настоящая статья призвана осветить нюансы применения прокинетиков при ГЭРБ, прояснив эти и другие вопросы.

Изменяется ли скорость опорожнения желудка у больных НЭРБ?

Исследование скорости опорожнения желудка при помощи электрогастрографии у больных НЭРБ было проведено японскими учеными под руководством Т. Kamiya (2009). Оказалось, что нормогастрия практически не свойственна больным НЭРБ, а явления гипогастрии (замедленного опорожнения желудка) имеют место у 70% пациентов. Авторы исследования предположили, что гипокинезия желудка может являться причиной возникновения патологического гастроэзофагеального рефлюкса, подтверждая тем самым необходимость применения прокинетиков при НЭРБ.

Необходимо ли назначать прокинетики для лечения внепищеводных форм ГЭРБ?

Прокинетические препараты могут быть использованы для лечения внепищеводных проявлений ГЭРБ, в частности для нивелирования ларингофарингеального рефлюкса. К такому выводу пришли египетские ученые, опубликовавшие результаты открытого рандомизированного исследования, в котором приняли участие 100 больных ГЭРБ с ларингофарингеальными проявлениями заболевания (W.F. Ezzat et al., 2011). Разделив пациентов на 2 равные группы, исследователи рекомендовали одним участникам принимать

прокинетик вместе с ИПП, другим назначили комбинацию плацебо с ИПП. По завершении 8 нед терапии и 16-недельного срока амбулаторного наблюдения авторы проанализировали полученные данные и установили, что дополнительное назначение прокинетики позволяет быстрее купировать клинические проявления ларингофарингеального рефлюкса, снизить потребность в приеме пероральных медикаментов и уменьшить частоту рецидива ГЭРБ.

В каких случаях применение прокинетиков наиболее целесообразно?

В практической деятельности врачи гастроэнтерологи часто сталкиваются с пациентами, у которых имеет место комбинированная патология, а именно ГЭРБ и функциональная диспепсия (ФД), синдром раздраженного кишечника (СРК). ГЭРБ и указанные функциональные заболевания органов пищеварения характеризуются общностью патогенеза – изменением моторно-эвакуаторной функции верхних (ГЭРБ, ФД) или нижних (СРК) отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Поэтому в случае сочетанного течения ГЭРБ и ФД, ГЭРБ и СРК назначение прокинетических препаратов является патогенетически обоснованным. Однако при терапии такого overlap-синдрома, как ГЭРБ и ФД, необходимо использовать прокинетик, нормализующий моторику проксимальных отделов ЖКТ, тогда как при сочетании ГЭРБ и СРК желательнее назначить препарат,

обладающий способностью восстанавливать двигательную функцию как нижних, так и верхних отделов пищеварительного тракта.

Избыточная масса тела и ожирение также негативно влияют на пропульсивную активность пищевода. Именно поэтому выявление ГЭРБ у больного, страдающего ожирением или имеющего избыточную массу тела, предполагает назначение прокинетики для проведения полноценной патогенетической терапии. В действующем руководстве Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ГЭРБ (2010) включение прокинетики в схему лечения больных ГЭРБ с сопутствующим ожирением рассматривается в качестве обязательного компонента базисной терапии, т. к. именно прием прокинетики позволяет нормализовать функцию нижнего пищеводного сфинктера и восстановить моторику пищевода.

Какой прокинетик выбрать?

Особое место среди множества прокинетических препаратов занимает домперидон (блокатор периферических дофаминовых рецепторов), который эффективно противодействует возникновению ГЭРБ: повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, уменьшая тем самым количество его преходящих расслаблений; усиливает перистальтику пищевода, улучшает опорожнение желудка.

Исследовалась ли эффективность домперидона в лечении ГЭРБ?

Эффективность клинического применения домперидона анализировалась в ряде крупных исследований, среди которых особое место занимает работа аргентинских ученых, посвященная

изучению целесообразности назначения больным ГЭРБ комбинации прокинетики домперидона и ИПП (S. Ndraha et al., 2011).

Отобрав пациентов (n=60), у которых часто отмечались изжога и кислотная регургитация, исследователи рандомизировали их для совместного приема ИПП (омепразол 20 мг 2 р/день) и прокинетики (домперидон 10 мг 3 р/день) или только ИПП на протяжении 2 нед. Проанализировав изменения значений шкалы FSSG в динамике лечения, ученые установили, что достичь уменьшения выраженности клинических проявлений ГЭРБ можно как при использовании комбинации ИПП и прокинетики (26,7±8,9 vs 19,3±9,7; p<0,001), так и при назначении монотерапии ИПП (23,9±7,3 vs 19,3±7,9; p<0,001). В то же время среднее значение подшкалы, отображавшей улучшение самочувствия на фоне проводимой терапии, у пациентов, принимавших дополнительно домперидон, достоверно превосходило аналогичный показатель у больных, получавших только ИПП (7,5±5,9 vs 4,6±3,3; p=0,02). Основываясь на полученных данных, S. Ndraha и соавт. рекомендуют использовать комбинацию домперидона и ИПП для наиболее эффективного купирования клинических проявлений ГЭРБ.

Таким образом, проведение полноценной патогенетической терапии ГЭРБ зачастую невозможно без использования прокинетических препаратов; назначение прокинетики является рациональным компонентом базисной терапии ГЭРБ у лиц, страдающих ФД или ожирением.

Список литературы находится в редакции.

Подготовила **Лада Матвеева**

Важкість? Здуття? Нудить? Блювота?



4 проблемами зі шлунком = 1 таблетка Мотиліум®

- ✓ Препарат вибору у лікуванні хворих із симптомами диспепсії¹
- ✓ Швидка дія безпосередньо у шлунку²
- ✓ Надійний профіль безпеки³



1. B.T. Івашкін, А.О. Шептулін, О.К. Баранська, О.С. Труханов. Методичний посібник «Обстеження та лікування хворих з синдромом диспепсії». Москва, 2001.

2. Максимальна концентрація в плазмі крові досягається приблизно через 30-60 хв. (див. інструкцію для медичного застосування лікарського засобу Мотиліум®).

3. Е. Масці, Відсутність впливу домперидону на секрецію гастрину; дані про периферичну активність препарату, 1984.

Мотиліум®. Діюча речовина – домперидон. **Склад:** діюча речовина: 1 таблетка містить домперидону 10 мг; допоміжні речовини: ядро: лактоза моногідрат, крохмаль кукурудзяний, целюлоза мікрокристалічна, крохмаль картопляний прегельатинізований, повідон, магнію стеарат, олія бавовняна гідрогенізована, натрію лаурилсульфат; плівкова оболонка: гіпромелоза, натрію лаурилсульфат. **Лікарська форма:** таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакологічна група:** стимулятори перистальтики. Код АТС: А03F А03. **Показання до застосування:** для поліпшення симптомів епігастрального дискомфорту та печії, що спостерігаються після їди; таких як відчуття переповненості шлунка, нудота, здуття в епігастральній ділянці та відрижка; для поліпшення симптомів нудоти та блювання, що тривають менше 48 годин. **Побічні ефекти:** дуже рідко (<1/10 000) з боку імунної системи (алергічні реакції), з боку нервової системи (сухість у роті, безсоння), з боку шкіри та підшкірних тканин (свербіж, висипання), рідко (<1/10 000 до <1/1000) з боку ендокринної системи (підвищення рівня пролактину), з боку шлунково-кишкового тракту (гастроінтестинальні розлади, включно з абдомінальним болем, регургітацією, зміною апетиту). За умов дотримання рекомендацій з дозування та тривалості лікування домперидон зазвичай переноситься добре і небажані явища виникають нечасто. Для більш докладної інформації див. інструкцію для медичного застосування. **Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.** Перед застосуванням необхідно ознайомитися з інструкцією та проконсультуватися з лікарем. Зберігати в недоступному для дітей місці. Додаткова інформація надається на вимогу. Представництво Cilag GmbH International в Україні: 01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 19-21. Тел.: +38 (044) 498-08-88. Р/л УА/10190/01/01 МОЗ України від 08.11.2010.