



Новые исследования лечебных и профилактических свойств итоприда гидрохлорида

Применение итоприда в комбинации с ингибиторами протонной помпы для лечения пациентов с фаринголарингеальным рефлюксом

Фаринголарингеальный рефлюкс (ФЛР) – заброс содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки через пищевод и верхний пищеводный сфинктер в глотку и гортань. К развитию ФЛР приводят гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, а также некоторые функциональные причины, в частности недостаточность верхнего пищеводного сфинктера. Наиболее распространенными симптомами ФЛР являются охриплость, кашель, ощущение кома в горле, желание «прочистить горло». Полагают, что ФЛР может играть важную роль в патогенезе таких заболеваний гортани, как узелки голосовых складок, функциональные нарушения голосового аппарата, контактные язвы и гранулемы. Медикаментозная терапия ФЛР включает применение антацидов и альгинатов, лекарственных средств, влияющих на моторику желудочно-кишечного тракта, и антисекреторных препаратов.

Целью исследования W.F. Ezzat и соавт. было оценить эффективность применения прокинетики итоприда в комбинации с ингибиторами протонной помпы (ИПП) у пациентов с ФЛР. В исследовании включили 100 пациентов, которые были разделены на 2 группы по 50 человек в каждой. В течение 8 нед участники 1-й группы получали итоприд в комбинации с ИПП, 2-й – ИПП и плацебо. Период наблюдения составил 16 нед. Завершили исследование 87 пациентов. Результаты показали значительное улучшение состояния лиц из группы комбинированной терапии по сравнению с таковыми участников, принимавших только ИПП.

Аналогичное исследование было проведено B.J. Chun и D.S. Lee из Catholic University of Korea (г. Сеул, Южная Корея), в котором итоприд добавляли к ИПП лансопризолу. В данном проспективном рандомизированном открытом исследовании сравнивалась эффективность комбинированной терапии лансопризолом и итопридом с монотерапией лансопризолом. Длительность лечения составила 12 нед. Для оценки динамики состояния пациентов использовались специальные индексы и шкалы оценки изменений гортани и глотки – индекс RFS (Reflux Findings Score) и RSI (Reflux Symptom Index).

В ходе исследования 64 пациента со степенью тяжести рефлюкса по RFS >7 баллов и RSI >13 баллов получали лансопризол в дозе 30 мг 1 р/день + итоприд 50 мг 3 р/день или лансопризол 30 мг 1 р/день. В течение всего периода лечения было отмечено значительное улучшение состояния пациентов обеих групп по сравнению с начальным состоянием. Уменьшение общей оценки RSI и основных симптомов заболевания было более значимым в группе лансопризол + итоприд, чем в группе монотерапии лансопризолом.

Таким образом, в обоих исследованиях показана эффективность применения итоприда в лечении ФЛР. Добавление этого препарата к терапии ИПП позволило ускорить редукцию рефлюкса и, следовательно, сократить потребность в длительной терапии, при этом снизив частоту рецидивов заболевания.

Ezzat W.F., Fawaz S.A., Fathey H., El Demerdash A.
J Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Aug; 40 (4): 350-6.
Chun B.J., Lee D.S.

Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Mar; 270 (4): 1385-90. doi: 10.1007/s00405-012-2341-8. Epub 2013 Jan 5.

Функциональная диспепсия: прагматичный подход к лечению

Функциональная диспепсия включает в себя как минимум 1 из 4 основных симптомов: чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, боль или жжение в эпигастрии. В соответствии с Римскими критериями III для установления диагноза функциональной диспепсии эти симптомы должны отмечаться в течение последних 3 мес, при этом с момента появления симптомов до установления диагноза должно пройти не менее 6 мес. Функциональной называют также диспепсию, при которой пациент отмечает персистирующие или повторные приступы абдоминальной боли или дискомфорта в области верхних отделов живота, не проходящие после дефекации и не связанные с изменениями характера стула либо его частоты, без признаков воспалительных, метаболических, анатомических или неопластических нарушений и процессов, которые могли бы объяснить данную симптоматику. Следовательно, функциональная диспепсия является не результатом структурных аномалий, а следствием нескольких патофизиологических механизмов, таких как нарушение моторики желудка, гиперчувствительность желудка и двенадцатиперстной кишки к кислоте, хеликобактерная инфекция.

Пациенты старше 50 лет с диспепсией и лица с так называемыми симптомами тревоги обязательно должны обследоваться на предмет выявления структурных аномалий, таких как рак, язвенная болезнь желудка или эзофагит. К тревожным симптомам относятся лихорадка, беспричинное снижение массы тела, дисфагия, рвота кровью, кровь в кале, анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. После исключения структурных аномалий и диагноза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни пациентам назначается лечение.

Целесообразным является неинвазивное определение *H. pylori*, при положительном результате теста необходимо провести эрадикацию данного микроорганизма (стратегия test & treat). Эндоскопическое исследование традиционно используется у пациентов, у которых симптомы заболевания не исчезают после 6-8 нед терапии. После прекращения лечения у значительной доли больных с функциональной диспепсией развивается рецидив, поэтому авторы считают логичным проведение стартового эндоскопического исследования практически всем пациентам.

В терапии заболевания используются ИПП, которые особенно эффективны у пациентов с регургитацией и чувством жжения в эпигастрии, а также прокинетики, не имеющие экстрапирамидных побочных эффектов, такие как домперидон и итоприд. Прокинетики облегчают симптомы раннего насыщения, вздутия живота и тошноту, ускоряя опорожнение желудка. Среди препаратов с прокинетицизмом в настоящее время наиболее широкое распространение получили антагонисты дофаминовых рецепторов (метоклопрамид, домперидон), стимуляторы 5HT₄-рецепторов (мозаприд) и прокинетик с двойным механизмом действия итоприда гидрохлорид. Последний обладает минимальной способностью проникать через гематоэнцефалический барьер, не влияет на продолжительность интервала QT и не взаимодействует с лекарственными препаратами, метаболизирующимися ферментами системы цитохрома P450, в том числе ИПП I поколения, часто применяемыми для лечения функциональной диспепсии. Итоприда гидрохлорид оказывает также выраженный антиэметический эффект, усиливает пропульсивную моторику желудка и ускоряет его опорожнение.

Препаратами второго ряда, которые показали обнадеживающие результаты в клинических испытаниях и могут быть использованы в лечении функциональной диспепсии, являются трициклические антидепрессанты в низких дозах, а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Giurcan R., Voiosu T.A.
Rom J Intern Med. 2010; 48 (1): 9-15.

Влияние итоприда на двигательную активность пищевода и функцию нижнего пищеводного сфинктера

Итоприд – новый прокинетицический препарат, который проявляет антагонизм в отношении D₂-дофаминовых рецепторов и ингибирует ацетилхолинэстеразу. Итоприд активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Предыдущие исследования показали, что итоприд купирует изжогу у пациентов с функциональной диспепсией и снижает воздействие кислоты на пищевод в случае гастроэзофагеального рефлюкса. Остается неясным, обусловлен ли этот эффект влиянием итоприда на нижний пищеводный сфинктер (НПС).

Чтобы ответить на этот вопрос, бельгийские ученые из Catholic University of Leuven провели исследование с участием здоровых добровольцев, в котором изучили влияние итоприда на функцию НПС до и после приема пищи. Всего в исследовании приняли участие 12 здоровых человек (5 мужчин и 7 женщин), средний возраст которых составил 32,6±2,0 года. Все участники прошли 3 процедуры манометрии пищевода (эзофагоманометрии), которая позволяет оценить сократительную активность пищевода, скоординированность его перистальтики с работой нижнего и верхнего пищеводных сфинктеров. Манометрия проводилась через 3 дня после лечения итопридом в дозе 50 мг/сут, 100 мг/сут или плацебо. Для оценки степени расслабления НПС пациенты принимали стандартизированную порцию еды. При манометрии НПС измеряли давление покоя и оценивали степень расслабления НПС в процессе глотания небольшого количества пищи (выраженность расслабления (%), остаточное давление, длительность расслабления).

Наблюдения показали, что давление покоя НПС, степень его релаксации в процессе глотания пищи, амплитуда и длительность перистальтических сокращений не изменились у пациентов, которым вводили итоприд. Однако применение итоприда ингибировало проявление транзитной релаксации НПС, индуцированной приемом пищи.

Таким образом, итоприд ингибирует проявление временной релаксации НПС без существенного влияния на перистальтическую функцию пищевода и давление покоя НПС.

Scarpellini E., Vos R., Blondeau K. et al.

Aliment Pharmacol Ther. 2011 Jan; 33 (1): 99-105. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04487.x. Epub 2010 Oct 18.

Подготовила **Ольга Татаренко**

Итомед

итоприду гидрохлорид



Итомед

ФОРМА ВИПУСКУ: По 20 таблеток, вкритих плівкою у білістри; 2 або 5 білістрів у картонній коробці.

Характеристика: Фармакологічна група. Засоби, що застосовуються при функціональних розладах травного тракту. Стимулятори перистальтики, код АТС A03F A.

Показання: Купірування шлунково-кишкових симптомів функціональної не виразкової диспепсії (хронічного гастриту), а саме: здуття живота; відчуття швидкого перенасичення; біль та дискомфорт у верхній частині живота; печія; нудота; блювання; анорексія.

Протипоказання: Гіперчутливість до діючої речовини або будь-якого компонента препарату. Стани, при яких підвищення скорочувальної активності ШКТ може бути шкідливим, наприклад кровотечі з травного тракту, непрохідність або перфорація травного тракту; підвищений рівень пролактину сироватки крові.

Побічні реакції: З боку травної системи: нечасто: діарея, біль в епігастральній ділянці, підвищене сироватичне, підвищення активності печінкових ферментів (АЛТ, АСТ, ППТ та ЛФ); рідко: сухість у роті, запор, жовтяниця. З боку ендокринної системи: нечасто: можливе підвищення рівня пролактину крові. З боку нервової системи: нечасто: головний біль, вразливість, роздратованість, безсоння, запаморочення, тремор. З боку системи крові та лімфатичної системи: рідко: нейтропенія, тромбоцитопенія; нечасто: лейкопенія. При появі лейкопенії рекомендується припинити лікування. З боку шкіри: рідко: алергічні реакції (шкірне висипання, почервоніння, свербіж, гіперемія шкірних покривів), анафілактоїдні реакції. З боку нирок та сечовидних шляхів: рідко: підвищення рівня креатиніну крові, затримка сечовипускання пацієнтів з гіпертрофією передміурової залози; нечасто: підвищення рівня креатиніну в сечі. Інші: нечасто: слабкість, біль у спині або грудях, підвищення втомляваності; рідко: гінекомастія чи галакторея.

Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників
Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування
Представництво «ПРО.МЕД.ЦС.Прага а.с.» в Україні
04655, м. Київ, вул. Богатирська, 1А, 2-й поверх. Тел.: (044) 500-33-81, office@promedics.ua / www.promedics.ua

PRO.MED.CS
Praha a.s.