

ПанГастро

ПАНТОПРАЗОЛ

Європейський пантопразол за українською ціною!¹

Для лікування

- рефлюксної хвороби²
- рефлюкс-езофагіту^{2, 3, 4}
- виразки дванадцятипалої кишки та шлунку^{3, 4}
- ерадикації *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)³
- профілактики пептичних виразок, ускладнених шлунково-кишковими кровотечами²
- профілактики НПЗЗ гастропатій²

Опануй свою
«ЯЗВУ»!



Лікарські засоби мають протипоказання та можуть викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Перед застосуванням лікарського засобу необхідно проконсультуватись з лікарем та обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30, drugs_safety.ukraine@novartis.com, www.sandoz.ua. ТОВ «Сандоз Україна» м. Київ, пр. С. Бандери, 28-А (літ. Г). Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я.

Р.П. № UA/13512/01/01, UA/13512/01/02, UA/14142/01/01

1. Середньозважена роздрібна вартість лікарських засобів в Україні станом на лютий 2018, <http://compendium.com.ua/prices>

2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПАНГАСТРО, таблетки гастрорезистентні, 20 мг.

3. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПАНГАСТРО, таблетки гастрорезистентні, 40 мг.

4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПАНГАСТРО, порошок для розчину для ін'єкцій по 40мг.

3-01-ПАН-РЕЦ-0318

SANDOZ A Novartis
Division

Г.А. Анохіна, д. мед. н., професор, В.В. Харченко, д. мед. н., кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Шляхи корекції харчової поведінки пацієнтів з ГЕРХ на фоні ожиріння: акцент на дієту й інгібітори протонної помпи

Надлишкова маса тіла й ожиріння є однією з ключових проблем XXI століття та належать до неінфекційних захворювань, які призводять до зростання рівня захворюваності, смертності, втрати працездатності та інвалідизації. Ожиріння сьогодні є настільки поширеним явищем, що набуло характеру епідемії. Серед дорослого населення України ожиріння виявляють у 30%, а надлишкову масу тіла має кожен четвертий мешканець. Ожиріння є основним фактором розвитку цілої низки захворювань, таких як метаболічний синдром, гіпертонічна хвороба, неалкогольна жирова хвороба печінки тощо. Вказані захворювання зумовлені порушеннями енергетичного, ліпідного та вуглеводного обміну і тією чи іншою мірою спостерігаються у більшості хворих на ожиріння.

Серед добре відомих патологічних станів, які реєструються у хворих із надлишковою масою тіла, особливе місце посідає гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Останніми роками зростання рівня захворюваності на ГЕРХ пов'язують зі збільшенням кількості осіб із надлишковою масою тіла та ожирінням. Значна поширеність ГЕРХ спостерігається у країнах із високою частотою ожиріння. У проведених дослідженнях виявлено позитивну кореляційну залежність між індексом маси тіла та частотою розвитку ГЕРХ. Поширеність ГЕРХ в Україні в різних регіонах становить більше 40%, водночас спостерігається тенденція до подальшого зростання цього показника.

Медико-соціальне значення ГЕРХ у хворих на ожиріння зумовлюється не лише його поширеністю, але й прогресуючим атиповим перебігом із високою частотою розвитку стравоходу Барретта. Ризик розвитку раку стравоходу у пацієнтів із ГЕРХ на фоні ожиріння порівняно з хворими без ожиріння збільшується на 52%. Такий високий ризик розвитку раку стравоходу у хворих цієї групи зумовлений більш тяжкими змінами слизової стравоходу та метаболічними порушеннями, наявними при ожирінні. Доведено, що при ожирінні збільшується частота постпрандіальних спонтанних релаксацій нижнього стравохідного сфінктера навіть у хворих, які не мають клінічних проявів ГЕРХ.

Підвищена маса жирової тканини, особливо абдомінального жиру, збільшує ризик розвитку діафрагмальної грижі, призводить до механічного пошкодження гастроєзофагеального з'єднання, підвищення внутрішньошлункового тиску та збільшення градієнта тиску між шлунком і стравоходом. Ожиріння викликає сповільнення евакуаторно-моторної функції верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Поєднання помірно вираженого гастро- і дуоденостазу, що розвиваються внаслідок дискоординації антропогенальної пропульсії та високої частоти дуоденогастроєзофагеального рефлюксу, поглиблює патологічні зміни стравоходу, викликає супутні ураження бронхолегеневої системи, що значно ускладнює лікування хворих. Особливостями ГЕРХ у пацієнтів з ожирінням є атиповий перебіг, висока частота диспепсичних розладів, нічний кашель, епізодична печія або її відсутність. Відповідно до сучасних уявлень причини розвитку раку багато в чому пов'язані з мітохондріальною дисфункцією, яка є наслідком інсулінорезистентності та зниження чутливості лептинових рецепторів у пацієнтів з ожирінням.

Лікування пацієнтів із ГЕРХ на фоні ожиріння найчастіше не є успішним, оскільки основна причина ГЕРХ – надлишкова маса тіла – не усувається медикаментозно. Крім того, з віком маса тіла у багатьох хворих з ожирінням збільшується, додаються та поглиблюються ураження серцево-судинної системи, суглобів, прогресує неалкогольна жирова хвороба печінки. Чим більше коморбідних захворювань розвивається в пацієнта, тим більшою є кількість ліків, які він щоденно змушений приймати. Більшість лікарських препаратів, які застосовуються для лікування хвороб серцево-судинної системи, суглобів, чинять негативний вплив на стан шлунково-кишкового тракту. До ГЕРХ приєднуються медикаментозні гастродуоденопатії, що ще більше поглиблює ураження стравоходу.

Для лікування хворих з ожирінням запропонована велика кількість дієт, проте в довготривалій перспективі ефективність їх є низькою. Досягнутий результат зберігається у близько 3% пацієнтів, а у більшості з них спостерігається не тільки відновлення попередньої маси тіла, але й її збільшення.

Чому в боротьбі з ожирінням медицина та суспільство зазнають фіаско, хоча і лікар, і пацієнт знають: для того, щоб знизити масу тіла, треба менше їсти та більше рухатися? Дієти не працюють, тому що їх не дотримуються. Значення мають два основні фактори: харчова залежність і висока шлункова секреція.

Основним фактором, що впливає на шлункову секрецію, є їжа та режим харчування. На шлункову секрецію може впливати безліч умовних подразників: приємний запах і вигляд їжі, приваблива сервіровка столу збуджують нюхові, зорові рецептори, впливають на підвищення синтезу серотоніну, допаміну, підвищують шлункову секрецію. Коли харчова грудка потрапляє до шлунка, то вона діє як безумовний подразник, збуджує рецептори його стінок і викликає вироблення шлункового соку. Секреція шлункового соку триває протягом декількох годин, поки їжа залишається у шлунку. Шлункова фаза секреції становить близько 70% загальної шлункової секреції. Виділення шлункового соку регулюють і біологічно активні речовини (гастрин, серотонін тощо), які виробляються залозами шлунка. Вони, всмоктуючись у кров, посилюють або послаблюють роботу шлункових залоз безпосередньо чи опосередковано. Функціональний стан шлунка також впливає на харчову поведінку. Відомо, що у людей із підвищеною шлунковою секрецією апетит вищий порівняно з особами, у яких наявна гіпо- або анадидність.

Значний вплив на апетит чинить гормон грелін, який є гормоном голоду. Грелін виробляється переважно клітинами слизової оболонки фундальної частини шлунка й епілон-клітинами підшлункової залози. Рівень греліну в крові підвищується перед прийомом їжі і знижується після. Зниження рівня греліну приводить до зменшення об'єму споживаної їжі, при цьому відчуття ситості настає раніше. Збільшення синтезу греліну навпаки, пов'язане зі збільшенням споживання їжі і маси жирової тканини. Діючи на рівні гіпоталамуса, він активує клітини в дугоподібному ядрі, що містять орексигенний нейропептид Y у нейронах. Грелін також підсилює задоволення від вживання їжі й алкоголю. Існують докази на користь того, що грелін чинить периферичний ефект на зміну апетиту й відчуття ситості, впливаючи на механічну чутливість шлункових глок блукаючого нерва та роблячи їх менш чутливими до розтягнення шлунка, що призводить до переїдання. Секреція греліну залежить від добових ритмів: коротка тривалість сну пов'язана з високими рівнями греліну і надлишковою вагою. Існує зворотна залежність між кількістю годин сну і концентрацією греліну в плазмі крові: зі збільшенням годин сну концентрація греліну зменшується, що знижує апетит.

У лікуванні хворих на ГЕРХ основне місце належить інгібіторам протонної помпи. До цієї групи препаратів належать омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол. Інгібітори протонної помпи (ІПП) виражено пригнічують базальну, нічну і стимульовану секрецію кислоти. Необхідно відзначити, що препарати цієї групи порушують роботу H⁺, K⁺-АТФази і у *Helicobacter pylori*, виявляючи бактеріостатичний ефект. Усі ІПП мають однаковий механізм дії, що забезпечує схожість їх клінічних ефектів, при цьому кожен ІПП має особливості фармакокінетики, вони істотно відрізняються за своєю біодоступністю. Метаболізм ІПП відбувається переважно в печінці за участю цитохрому P450. Ключовими ізоферментами в деактивації ІПП є CYP2C19 і CYP3A4. Утворені метаболіти є неактивними та виводяться з організму з сечею (на 80%). Винятком є пантопразол, оскільки його метаболізм відбувається без участі зазначених ізоферментів шляхом кон'югації



Г.А. Анохіна



В.В. Харченко

(насамперед сульфатування), що зумовлює його незначний вплив на метаболізм інших лікарських препаратів. Указані властивості пантопразолу дозволяють використовувати цей ІПП у пацієнтів із ГЕРХ на фоні ожиріння, метаболічного синдрому, цукрового діабету й інших коморбідних захворювань, які вимагають призначення інших лікарських засобів.

Ожиріння сьогодні відносять до залежних захворювань. Ми провели оцінку клінічних ознак харчової залежності у трьох групах хворих з ожирінням. До першої групи увійшли хворі з ожирінням без ознак ГЕРХ, яким призначалася дієта; другу групу склали пацієнти з ожирінням без ГЕРХ, яким призначалася дієта і пантопразол у дозі 40 мг на добу для зменшення апетиту; третя група – пацієнти з ГЕРХ на фоні ожиріння, яким призначали дієту та пантопразол у дозі 40 мг на добу. У дослідження були включені хворі з ожирінням І-ІІ ступеня. Усім хворим призначалась ізокалорійна дієта з помірним зменшенням енергетичної цінності раціону на 300 ккал при ожирінні І ступеня і на 400 ккал при ожирінні ІІ ступеня від потреб раціонального харчування. Обмеження енергетичної цінності раціону проводилося за рахунок зменшення споживання вуглеводів і жирів. Курс лікування становив 2 міс. Дані щодо клінічних ознак порушення харчової поведінки й індексу маси тіла (ІМТ) наведені в таблиці.

Для харчової поведінки пацієнтів з ожирінням без ГЕРХ і пацієнтів із ГЕРХ на фоні ожиріння характерними є клінічні ознаки харчової залежності. Швидке поглинання їжі є властивим хворим з ожирінням і спостерігалось у 87,5% хворих першої групи, 93,8% другої групи і 81,3% третьої групи; втрата контролю за кількістю з'їденого спостерігалася у 93,8% хворих першої групи, 87,5% другої та третьої груп. Синдром нічного апетиту (нічної їди) є найбільш несприятливим для пацієнтів із ГЕРХ на фоні ожиріння, оскільки енерговитрати вночі нижчі, ніж удень, що сприяє збільшенню маси тіла. Переповнення шлунка їжею в нічний час, коли людина перебуває у горизонтальному положенні, збільшує рефлюкс вмісту шлунка у стравохід. Крім цього, у пацієнтів з ожирінням спостерігається порушення сну, що призводить до збільшення синтезу греліну, який стимулює синдром нічної їди. Порушення харчової поведінки в обстежених хворих проявлялося також надмірним споживанням їжі під час стресу та у вихідні дні, коли пацієнти не були зайняті на роботі. У більшості пацієнтів з ожирінням без та в поєднанні з ГЕРХ була наявна харчова залежність від солодощів. Істотної різниці в частоті клінічних проявів порушень харчової поведінки в обстежених групах до лікування не виявлено.

Оцінка проявів харчової залежності у пацієнтів з ожирінням, яким рекомендувалося тільки дієтичне харчування, у групі пацієнтів з ожирінням без ГЕРХ, яким призначали пантопразол з метою зменшення апетиту та профілактики ГЕРХ, та у пацієнтів з ожирінням на фоні ГЕРХ показала, що результати лікування кращі при застосуванні пантопразолу. Через 2 міс від початку лікування у другій і третій групах хворих статистично вірогідно зменшилися клінічні прояви харчової залежності, що дозволяло пацієнтам повною мірою виконувати дієтичні рекомендації та досягнути більш суттєвого зниження ІМТ. Так, якщо ІМТ у пацієнтів з ожирінням, яким не призначався пантопразол (перша група), зменшився в 1,1 раза (p>0,05), то у хворих з другої та третьої груп – в 1,2 раза (p<0,05).

Пантопразол рекомендований для лікування та профілактики ГЕРХ, розвиток і тяжкість якої зростає пропорційно до збільшення маси тіла, що дозволяє допустити доцільність його використання у пацієнтів з ожирінням, а також з метою корекції порушень харчової поведінки, зменшення синдрому нічної їди, підвищення комплаєнтності хворих до дієтичного лікування. Усім вищевказаним перевагам пантопразолу відповідає створений компанією Sandoz лікарський засіб ПанГастро, що поєднав європейську якість і доступну ціну. ПанГастро випускається у формі гастрорезистентних таблеток 20 та 40 мг № 14 і № 28, а також у формі порошку для приготування розчину для ін'єкцій 40 мг. Отже, ПанГастро – це клінічно доведені переваги пантопразолу, європейська якість і широкий спектр лікарських форм, що підвищує прихильність до лікування та дозволяє покращувати якість життя пацієнтів із ГЕРХ.

Список літератури знаходиться в редакції.

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я.
3-05-ПАН-РЕЦ-0518



Симптоми	1 група (n=16)		2 група (n=16)		3 група (n=16)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Швидкий прийом їжі	14 (87,5%)	12 (75%)	15 (93,8%)	3 (18,8%)	13 (81,3%)	5 (31,3%)
Втрата контролю за кількістю з'їденого	15 (93,8%)	13 (81,3%)	14 (87,5%)	6 (37,5%)	14 (87,5%)	3 (18,8%)
Вживання їжі в нічний час	12 (75%)	10 (62,5%)	11 (68,8%)	2 (12,5%)	15 (93,8%)	4 (25%)
Надмірна їда під час стресу	15 (93,8%)	13 (81,3%)	15 (93,8%)	3 (18,8%)	14 (87,5%)	2 (12,5%)
Надмірна їда при надлишку вільного часу	13 (81,3%)	11 (68,8%)	13 (81,3%)	4 (25%)	12 (75%)	3 (18,8%)
Залежність від солодощів	15 (93,8%)	10 (62,5%)	15 (93,8%)	6 (37,5%)	14 (87,5%)	5 (31,3%)
ІМТ, кг/м ²	35,5±1,31	32,5±1,15	36,9±1,06	31,1±1,01*	36,9±1,15	32,1±1,05*

*Вірогідно порівняно з даними до лікування.