

ЛМЗЕР

+ Домперидон 30 мг (пролонгованої дії)
Омепразол 20 мг (кишковорозчинний)



- підвищує евакуаторну і рухову активність шлунка
- пригнічує секрецію соляної кислоти
- усуває неприємні симптоми диспепсії та печію
- одна капсула на добу



**ПРАЦЮЄ
ЦІЛОДОБОВО!**



М.А. Бичков, д.м.н., професор кафедри терапії № 1 та медичної діагностики ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Сучасний підхід до корекції порушень моторно-евакуаторної функції травного каналу

На сьогодні доведено, що велика кількість захворювань супроводжується порушенням моторної функції травного каналу. Практично всі органічні хвороби органів травлення (гастрит/дуоденіт, пептична виразка, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), хронічний панкреатит, злоякісні новоутворення) та переважна більшість неорганічної патології травної системи (функціональна диспепсія (ФД), синдром подразненого кишечника – СПК) супроводжуються зниженням або прискоренням моторної активності травного каналу [1].

В одних випадках моторні порушення визначатимуть характер клінічних ознак, в інших – будуть другорядними, однак наявні практично завжди. Власне, це закономірно, оскільки характер моторики перебуває в тісному зв'язку зі станом органів травлення, а також під контролем нервових та гуморальних механізмів вищого рівня. Такі симптоми гастроентерологічних захворювань, як відрижка, печія, нудота, блювання, втрата апетиту, відчуття раннього насичення, тяжкість в епігастрії, здуття живота, виникають унаслідок порушень моторики. При ендоскопічному дослідженні моторні порушення виявляють у 18-50% обстежених [6].

Диспепсичні симптоми (біль і неприємні відчуття, що виникають у животі під час їди або в різний час після неї; метеоризм, порушення випорожнень) мають місце приблизно у 20-45% населення Європи та Америки. Але лише в 33-40% випадків виявляють захворювання, що пояснюють органічну природу цих симптомів, натомість у 60-67% – діагностують ФД. Загалом на диспепсичні прояви страждають від 25 до 40% осіб у популяції, а кількість звернень зі скаргами на диспепсію становить близько 5-7% від усіх звернень до лікарів первинної допомоги [6].

Прикладом стану, який супроводжується синдромом диспепсії, може бути ГЕРХ – одна з найпоширеніших патологій у структурі кислотозалежних захворювань. Згідно з результатами статистичних досліджень, проведених у різних країнах, ГЕРХ діагностують у 10-40% дорослого населення, причому захворюваність на ГЕРХ невинно зростає [3]. В Україні на ГЕРХ страждає 10-15% дорослого населення [4].

Одним з механізмів виникнення постпрандіальних рефлюксів і печії є порушення моторної функції шлунка, коли їжа погано переміщується з його вмістом, унаслідок чого формується шар кислоти безпосередньо біля кардії, так звана кислотна кишеня. Власне, підвищена кислотність, жовчні кислоти шлункового вмісту і наявна тривалий час кислотна кишеня призводять не тільки до розвитку печії, а й до появи симптомів диспепсії. При цьому характерна для ФД скарга на тяжкість в епігастрії після їди зустрічається у хворих на ГЕРХ навіть частіше, ніж її класичний симптом – печія. Для багатьох пацієнтів диспепсія і гастроєзофагеальний рефлюкс взаємопов'язані [3].

Згідно з літературними даними в пацієнтів з неерозивною формою ГЕРХ спостерігаються більша поширеність симптомів диспепсії і гірша відповідь на терапію лише інгібіторами протонної помпи (ІПП) порівняно з відповідними показниками в осіб з ерозивним езофагітом [7]. Інші дослідження виявили часте поєднання ФД, ГЕРХ і СПК з високою поширеністю диспепсії [9]. Також встановлено, що у віковій групі до 60 років ГЕРХ часто поєднується з хронічним панкреатитом (34%), стеатозом печінки (21,6%), пептичною виразкою в анамнезі (18,9%), хронічним холециститом (16,6%), які можуть супроводжуватися симптомами диспепсії [3].

Лікування ГЕРХ має бути спрямоване на зменшення рефлюксу, зниження негативних властивостей рефлюкату, покращення стравохідного кліренсу і захист слизової оболонки стравоходу. Незважаючи на широкий спектр етіопатогенетичних ланок формування ГЕРХ, провідним напрямом у лікуванні типових й атипичних форм захворювання та його ускладнень визнано кислотосупресивну терапію. Одними з найефективніших антисекреторних препаратів для лікування хворих на ГЕРХ є ІПП. Тривалість терапії залежить від ступеня ушкодження слизової оболонки стравоходу [10]. Так, за множинних ерозій стравоходу (стадії В-D за Лос-Анджелеською класифікацією), а також за наявності ускладнень ГЕРХ курс лікування має бути щонайменше 8 тиж. Однак підвищення ефективності лікування ГЕРХ кислотосупресивними засобами за рахунок збільшення дозування препарату і тривалості терапії призводить до появи небажаних явищ, зумовлених тривалою кислотосупресією, як-от порушення всмоктування кальцію, заліза і цинку. Також відомо, що кислотосупресивна терапія не усуває порушень моторно-евакуаторної функції органів езофагогастродуоденальної і жовчовидільної систем, гіперчутливість стравоходу і цитотоксичний вплив на слизову оболонку

стравоходу компонентів рефлюкату. Недостатня ефективність антисекреторних препаратів у пацієнтів із симптомами ГЕРХ також пов'язана з порушенням очищення (кліренсу) стравоходу від агресивних складників рефлюкату, збільшенням тривалості його негативного впливу на стравохід [3].

Таким чином, сучасні погляди на органічні захворювання стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (пептична виразка, ГЕРХ, пухлини, жовчнокам'яна хвороба, хронічний панкреатит) передбачають призначення як кислотосупресивної фармакотерапії, так і препаратів, дія яких спрямована на відновлення моторно-евакуаторної функції цих органів.

У низці робіт показано, що ефективність та безпека медикаментозного лікування диспепсичних проявів збільшуються при одночасному застосуванні ІПП і прокінетиків. Рациональним вибором є використання комбінацій кислотосупресивного препарату з доведеною ефективністю та безпечного прокінетика (наприклад, селективного блокатора дофамінових рецепторів домперidonу), бажано з повільним вивільненням, що забезпечило б адекватну терапевтичну концентрацію діючої речовини протягом 12-24 год [5, 8, 11]. На фармацевтичному ринку України представлений комбінований препарат Лімзер виробництва компанії «Мега». Одна капсула препарату Лімзер містить 0,02 г омепразолу в кишковорозчинних гранулах та 0,03 г домперidonу в особливій формі випуску – гранули з пролонгованим вивільненням (форма SR). Завдяки використанню форми SR забезпечується достатня терапевтична концентрація домперidonу протягом тривалого часу, що дозволяє застосовувати Лімзер 1 раз на добу (рекомендується прийом ліків за 15-30 хв до їди).

Метою дослідження було проаналізувати результати лікування пацієнтів з ГЕРХ та хронічним гастритом/дуоденітом комбінованим препаратом Лімзер за показниками динаміки клінічної картини та вмістом іонів кальцію в слині і шлунковому соку.

Матеріали і методи

Проведено комплексне обстеження 33 хворих (неерозивна форма ГЕРХ мала місце в 11 осіб, ерозивна форма ГЕРХ – у 7 пацієнтів, хронічний гастрит/дуоденіт – у 15 учасників). Усім хворим до та після лікування проводили анкетування за допомогою модифікованої анкети Лікерта, ендоскопію верхніх відділів шлунково-кишкового каналу, визначення вмісту іонів кальцію в слині та шлунковому соку.

Відбір слини здійснювався натще, після полоскання ротової порожнини дистильованою водою. Відбір шлункового соку проводився під час ендоскопічного обстеження пацієнтів за допомогою електровідсмоктувача. Уміст кальцію в слині та шлунковому соку вимірювали за допомогою кальційчутливого барвника арсеназо III. Нормальні значення рівня кальцію в слині та шлунковому соку людини встановлені за даними 22 практично здорових добровольців. У дослідження не включали пацієнтів із захворюваннями ротової порожнини.

Усі пацієнти отримували препарат Лімзер по 1 капсулі на добу за 15-30 хв до їди протягом 3-4 тиж.

Таблиця. Частота клінічних проявів				
Клінічні прояви		До лікування, n (%)	Через 7 днів лікування, n (%)	Після лікування, n (%)
ГЕРХ	Печія	16 (88,9%)	3 (16,7%)	–
	Відрижка кислим	13 (72,2%)	1 (5,6%)	–
	Неприємний кислий присмак у роті	15 (83,3%)	1 (5,6%)	–
Гастрит/дуоденіт	Біль в епігастральній ділянці	15 (100%)	5 (33,3%)	–
	Гіркий присмак у роті	5 (33,3%)	–	–



М.А. Бичков

Результати та обговорення

Інтенсивність і частота клінічних проявів до лікування були різноманітними. Скарги могли виникати натщесерце, після прийому їжі, або навпаки, зменшувалися після їди. Дані стосовно динаміки клінічних проявів наведено в таблиці. Основною скаргою хворих на ГЕРХ була печія (88,9% випадків), 72,2% пацієнтів мали регургітацію кислим, 83,3% учасників постійно відчували неприємний кислий присмак у роті. Пацієнти з гастритом/дуоденітом скаржилися на біль в епігастральній ділянці різної інтенсивності (100%), на гіркий присмак у роті нарікали 33,3% хворих.

Як видно з таблиці, через 7 днів від початку прийому препарату скарги на печію зберігалися лише в 3 (16,7%) пацієнтів з ГЕРХ, ще двоє осіб скаржилися на незначну регургітацію кислим і неприємний присмак у роті. Однак після завершення лікування (через 4 тиж) у хворих були повністю відсутні клінічні прояви ГЕРХ. У пацієнтів з гастритом/дуоденітом болі в епігастральній ділянці через 7 днів від початку терапії відзначалися в 5 (33,3%) випадках. На гіркий присмак у роті хворі перестали скаржитися вже на 7-й день від початку лікування. Після завершення терапії (через 3 тиж) пацієнти не висловлювали жодних скарг.

Отримані результати свідчать про те, що комбінований препарат Лімзер є ефективним у лікуванні хворих на ГЕРХ і гастрит/дуоденіт. Пацієнти відзначали добру переносимість препарату та швидке усунення диспепсичних скарг. Побічних дій, пов'язаних з прийомом препарату, не виявлено. Таким чином, Лімзер сприяє як ефективному пригніченню секреції соляної кислоти, так і нормалізації перистальтики шлунка й прискоренню евакуації шлункового вмісту до дванадцятипалої кишки; при цьому прийом препарату в режимі один раз на добу покращує комплаєнс пацієнтів.

У попередніх дослідженнях було встановлено статистично достовірне зниження рівня іонізованого кальцію в слині у хворих на ГЕРХ порівняно з відповідним показником у здорових осіб [2]. Тому актуальним є вивчення змін концентрації кальцію в слині та шлунковому соку до і після лікування комбінованим препаратом, що дозволить диференціювати підходити до діагностики та лікування таких пацієнтів.

Встановлено, що в пацієнтів з ГЕРХ достовірно знижується рівень іонізованого кальцію в слині (до 0,28 ммоль/л у групі з ерозивною формою ГЕРХ і до 0,43 ммоль/л серед осіб з неерозивною ГЕРХ проти 1,03 ммоль/л у контролі) та шлунковому соку (до 0,17 ммоль/л у групі з ерозивною формою ГЕРХ і до 0,36 ммоль/л серед осіб з неерозивною ГЕРХ проти 1,19 ммоль/л у контролі; $p < 0,05$). Виявлено, що для інтенсивності такої зміни характерний прямопропорційний зв'язок зі ступенем патологічних змін у стравоході.

Встановлено, що серед пацієнтів з гастритом/дуоденітом рівень іонізованого кальцію в слині також достовірно був зниженим і становив 0,64 ммоль/л, а в шлунковому соку – 0,83 ммоль/л.

Отже, визначення рівня іонізованого кальцію слини та шлункового соку з виведенням коефіцієнту їх співвідношення дозволяє диференціювати ГЕРХ і гастрит/дуоденіт.

Після проведеного лікування встановлено достовірно підвищення вмісту іонізованого кальцію в слині у пацієнтів обох груп. Таким чином, динаміка показників кальцію слини може бути ефективним неінвазивним методом оцінки лікування ГЕРХ, гастриту/дуоденіту.

Висновки

1. Лімзер виявив позитивний клінічний ефект без побічних впливів як у хворих на ГЕРХ, так і в пацієнтів з гастритом/дуоденітом.

2. Визначення концентрації іонізованого кальцію слини та шлункового соку з виведенням коефіцієнту їх співвідношення може бути як важливим скринінговим методом ранньої діагностики, так і надійним оціночним показником ефективності фармакотерапії.

Список літератури знаходиться в редакції.

