

# Линзер в лечении больных с функциональной диспепсией



Н.В. Харченко

**Ф**ункциональные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта занимают одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения. От 50 до 65% пациентов, предъявляющих диспепсические жалобы, страдают функциональной диспепсией (ФД). Это означает, что ФД является наиболее частой причиной диспепсических расстройств у больных гастроэнтерологического профиля. Несмотря на отсутствие структурных изменений со стороны верхних отделов пищеварительного тракта, пациенты с ФД отмечают значительное снижение качества жизни.

В настоящее время для диагностики ФД используют Римские критерии III, согласно которым для подтверждения диагноза необходимо наличие у пациента одного или более из нижеприведенных критериев: ощущение тяжести в эпигастрии после приема пищи, быстрое перенасыщение, боль или жжение в эпигастрии на протяжении минимум последних 3 мес при условии, если от начала заболевания прошло не менее 6 мес. ФД является диагнозом исключения и подтверждается отсутствием структурных изменений со стороны пищевода и желудка. Согласно Римским критериям III ФД подразделяется на две подгруппы: постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) и эпигастральный болевой синдром (ЭБС).

В клинике ПДС присутствует чувство переполнения в желудке после приема обычного объема пищи и/или быстрое перенасыщение, возникающее несколько раз в неделю. Дополнительными критериями ПДС являются: вздутие в верхней части живота, постпрандиальная тошнота. В клинике ЭБС преобладает боль или жжение в эпигастрии нерегулярного характера; боль не ло-

калится в других зонах живота или грудной клетки, не уменьшается после дефекации и отхождения газов; отсутствуют критерии для постановки диагноза функциональных заболеваний желчного пузыря и сфинктера Одди. В некоторых случаях возможно сочетание ПДС и ЭБС.

## Патогенез ФД

Патогенез ФД до конца не изучен. Согласно существующим на сегодня представлениям, в развитии симптомов заболевания важную роль играют нарушения моторики и висцеральной чувствительности, которые провоцируются различными психоэмоциональными факторами. Исследования чувствительности путем механического раздувания внутрижелудочного баллона показали, что пациенты с ФД по сравнению со здоровыми лицами испытывают более выраженный дискомфорт в области живота при разных уровнях внутрижелудочного давления. Порог начальной болевой чувствительности у больных с ФД значительно ниже среднего уровня, при этом повышенная чувствительность желуд-

ка отмечается не только при введении баллона, но и при внутрижелудочном введении растворов соляной кислоты, что указывает на снижение кислотного клиренса и наличие висцеральной гиперчувствительности. Ощущаемая интенсивность боли находится под влиянием эмоций, которые модулируют активность нисходящих импульсов из центра в систему спинного мозга. Предполагается также развитие нейропластических изменений в чувствительных путях из-за вялотекущего воспаления, затруднение нисходящей модуляции чувствительности и передачи ноцицептивной информации в головном мозге.

Полость желудка здорового человека хорошо приспособляется к объему пищи. У пациентов с ФД нарушены аккомодационные способности желудка, что приводит к возникновению симптомов, связанных с избыточным давлением в желудке, перераспределением пищи, ранней эвакуацией желудочного содержимого. Эти функциональные нарушения подтверждаются при сцинтиграфии и <sup>13</sup>C-дыхательной тесте. В настоящее время используется также магнитно-резонансная томография в качестве неинвазивного способа измерения наполнения и аккомодации желудка. Результаты исследования с применением этой методики показали, что по сравнению со здоровыми у больных ФД аккомодация проксимальных отделов желудка снижена более чем на 40%. Затрудненная аккомодация проксимальных отделов желудка часто сочетается со сниженной двигательной активностью антрального. Значение имеют также нарушения нейрогуморальной регуляции деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки с участием холецистокинина и дисбаланс автономной нервной системы, который может быть вызван эмоциональными или психическими расстройствами.

Не исключено влияние вялотекущего воспалительного процесса и хеликобактерной инфекции. Определенную роль в развитии ФД может играть и непереносимость некоторых пищевых продуктов.

## Лечение

С учетом известных сегодня причин возникновения ФД лечение пациентов с данной патологией должно включать коррекцию образа жизни и питания, нормализацию психоэмоционального состояния, устранение хеликобактериоза, нормализацию секреторной и моторной функций желудка. В беседе с пациентом врач должен подчеркнуть доброкачественный характер заболевания, а также, по возможности, выявить все провоцирующие факторы с целью проведения модификации образа жизни. Необходимо уточнить, какие лекарственные средства принимает больной, с целью выявления их возможных побочных влияний на желудочно-кишечный тракт.

**Особое внимание следует обратить на питание больных, в том числе на наличие у них пищевой непереносимости. Пациентам следует рекомендовать избегать переизбытка, приема острой, жирной и грубой пищи. Питание должно быть частым (5-6 р/сут), небольшими порциями.**

Общепринятое на сегодня лечение больных ФД включает антисекреторные препараты, прокинетики, цитопротекторы, висцеральные анальгетики, антидепрессанты, эрадикацию *H. pylori*, спазмолитики, пеногасители и растительные препараты.

По данным последних метаанализов, эффективным является применение ингибиторов протонной помпы и H<sub>2</sub>-блокаторов (их действие наиболее выражено при ЭБС).

Таблица. Частота клинических проявлений ФД у обследованных больных

Клинические проявления	Основная группа (n=20)		Группа сопоставления (n=20)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Тяжесть в эпигастрии	19 (95%)	1 (5%)	18 (90%)	11 (55%)
Быстрое перенасыщение	17 (85%)	2 (10%)	18 (90%)	13 (65%)
Боль в эпигастрии	15 (75%)	0	14 (70%)	1 (5%)
Чувство жжения в эпигастрии	7 (35%)	1 (5%)	6 (30%)	1 (5%)
Частые отрыжки	16 (80%)	5 (25%)	15 (75%)	12 (60%)
Метеоризм	15 (75%)	3 (15%)	14 (70%)	7 (35%)
Тошнота	11 (55%)	0	10 (50%)	4 (20%)
Повышенная утомляемость	18 (90%)	10 (50%)	18 (90%)	15 (75%)
Угнетенное настроение	12 (60%)	7 (35%)	11 (55%)	9 (45%)
Нарушения сна	16 (80%)	5 (25%)	15 (75%)	8 (40%)
Психоэмоциональная лабильность	13 (65%)	7 (35%)	12 (60%)	10 (50%)
Частые головные боли	14 (70%)	5 (25%)	13 (65%)	7 (35%)

В 27 исследованиях с участием более 3400 пациентов была подтверждена эффективность различных прокинетических препаратов в лечении ФД. Препараты этой группы позволяют модулировать желудочную аккомодацию, нарушения которой являются основным доказанным механизмом возникновения ФД. Поскольку моторика желудочно-кишечного тракта подвержена влиянию пептидергических модуляторов дофаминовых, серотониновых, холецистокининовых, опиоидных и других рецепторов, используются различные вещества, способные влиять на эти рецепторы. Высокой эффективностью обладает домперидон, меньшей — метоклопрамид. Хороший эффект выявлен у эритромицина — антагониста мотилиновых рецепторов, однако он не рекомендуется для длительного применения, так как относится к антибиотикам. Селективный ингибитор обратного захвата серотинина пароксетин может устранять диспепсические симптомы и нормализовать желудочную аккомодацию.

Применение висцеральных анальгетиков и антидепрессантов у больных ФД направлено на афферентные ноцицептивные механизмы. Соответствующие исследования показали, что антидепрессанты, преимущественно агонисты каппа-опиатных рецепторов, 5НТ<sub>1</sub>-и 5-НТ<sub>3</sub>-антагонисты также могут быть эффективны в лечении ФД. Клинический эффект висцеральных анальгетиков был минимальным или отсутствовал.

**С целью предотвращения полипрагмазии при лечении ФД следует учитывать вариант диспепсии: при ПДС лечение целесообразно начинать с прокинетика, а при ЭБС — с ингибитора протонной помпы; при смешанном варианте может использоваться комбинация прокинетика с ИПП, при этом более рациональным может быть назначение фиксированных комбинаций, к которым относится препарат Лимзер.**

Курс лечения препаратом составляет 4 нед, после эффективной терапии больным рекомендовано соблюдать правильный образ жизни и питания. При неэффективности и устойчивости симптомов может рекомендоваться психотерапия.

Нами проводилось изучение клинической эффективности комбинированного препарата Лимзер, содержащего 30 мг домперидона и 20 мг омепразола. Обследовано 40 больных ФД в возрасте от 21 до 42 лет. В зависимости от назначенного лечения пациенты были разделены на 2 группы: основную — 20 больных ФД, которым назначался Лимзер по 1 капсуле за 15 мин до еды, и группу сравнения — 20 пациентов, получавших омепразол в дозе 20 мг. Больным также рекомендовали соблюдать режим питания, исключить раздражающую, острую, жирную пищу. Курс лечения составил 4 нед.

Всем больным с целью установле-

ния диагноза и исключения органической патологии проводились клинические, лабораторные, биохимические исследования; выполнялась эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, тест на выявление хеликобактерной инфекции. Результаты лечения у обследованных пациентов приведены в таблице.

**Анализ клинических проявлений ФД у пациентов после лечения показал, что использование комбинированного препарата Лимзер способствует более эффективному устранению гастроэнтерологических проявлений**

**ФД по сравнению с монотерапией ингибитором протонной помпы. Применение препарата Лимзер эффективно устраняет боль и чувство жжения в эпигастрии, отрыжку и тошноту.**

Снижение частоты и выраженности гастроэнтерологических проявлений

ФД у больных основной группы способствовало улучшению их общего состояния. После лечения количество пациентов в основной группе с сохраняющимися нарушениями сна, психоэмоциональной лабильностью значительно уменьшилось.

**Таким образом, при выборе препарата для медикаментозного лечения больных ФД преимущество имеет комбинированный препарат Лимзер, поскольку он содержит домперидон 30 мг и омепразол 20 мг, что позволяет эффективно влиять на два основных патогенетических механизма ФД — нарушенную моторику и секрецию желудка.**

## ВПЕРВЫЕ В УКРАИНЕ

# ЛИМЗЕР

**ДОМПЕРИДОН 30 мг + ОМЕПРАЗОЛ 20 мг**  
 пролонгированного действия в кишечнорастворимой капсуле

### ОПТИМАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЕПСИИ

только 1 капсула  
в день

Представительство «Мега Лайфскайенсиз Пти Лтд» (Австралия)  
 03035, г. Киев, Соломенская пл. 2, оф. 706  
 crmkiev@megawecare.com