

Ю.В. Линеvский, К.Ю. Линеvская, К.А. Воронин

Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛИМЗЕР» ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

Ключевые слова: функциональная диспепсия, лечение, «Лимзер».

В соответствии с рекомендациями согласительного совещания Комитета экспертов, нашедшими отражение в Римском консенсусе III, посвященного функциональной патологии органов пищеварения, синдром функциональной диспепсии (ФД) определяется одним и более диспептическими симптомами, которые происходят из гастродуоденальной зоны (эпигастральная боль и/или жжение, чувство полноты в надчреве после еды, раннее насыщение) при отсутствии каких-либо органических (по результатам эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС)), системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить эти явления [12]. Римский консенсус III допускает при ФД тошноту (с рвотой или без нее) и изжогу, если она сохраняется, несмотря на адекватную кислото-тосупрессивную терапию, которая обычно подавляет изжогу как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [12].

Ранее ФД обозначалась как неязвенная диспепсия, эссенциальная или идиопатическая.

ФД страдает 10—20 % населения развитых стран [5, 11].

Римский консенсус III предусматривает выделение двух вариантов ФД: эпигастральный болевой синдром (ЭБС) и постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) [4,14], проявления которых могут наслаиваться.

В Римских критериях II (1999) ЭБС обозначается как язвенноподобный вариант ФД, а ЭДС — как дисмоторный [15].

В развитии ЭБС предполагается роль гиперсенситивности желудка и двенадцатиперстной кишки. Возможно вовлечение мозговых центров в восприятии растяжения желудка.

В формировании ПДС доминирующее значение отводится замедлению постпрандиальной антральной моторики и желудочной эвакуации, нарушению фундальной аккомодации (изменение объема в ответ на прием пищи или жидкости), дисритмии, ослаблению дуоденальной моторики на введение пищи и чрезмерному сокращению желудка после еды.

Установлен риск возникновения ФД при курении, злоупотреблении алкоголем, крепким чаем, кофе, употреблении нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Возможна ассоциация ФД с психопатическими факторами и психиатрическими расстройствами (особенно тревогой), инвазией *H. pylori*.

ФД часто сопутствуют другие функциональные расстройства (особенно СРК, ГЭРБ).

Метаанализ контролируемых рандомизированных исследований по использованию ингибиторов протонной помпы (ИПП) показал их преимущество перед плацебо при ЭБС [17, 21]. Последнее, по-видимому, обусловлено снижением раздражающего действия хлористоводородной кислоты на рецепторы желудка. Хотя уровень ее продукции у больных с ФД практически не страдает.

По результатам метаанализа отмечена польза прокинетики у пациентов с ПДС [5, 19]. Может быть полезна иррадикация *H. pylori* [5, 6, 13, 16, 18]. Более того, согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III (2005), обнаружение *H. pylori* требует проведения иррадикационной терапии (трехкомпонентного лечения в течение 7 дней). При отсутствии *H. pylori* показано использование ИПП и прокинетики. В лечении больных с ФД важна психокоррекция [3, 14].

Изложенное выше обосновывает целесообразность использования при ФД комбинированных лекарственных средств, содержащих ИПП и прокинетику. В их числе недавно появившийся на фармакологическом рынке препарат «Лимзер» фармацевтической компании «Мега Лайфсайенсис Пти ЛТД» (Австралия). Одна его капсула содержит оптимальные дозы омепразола (20 мг) в кишечнорастворимых гранулах и домперидон (30 мг) в гранулах с пролонгированным высвобождением, благодаря чему препарат можно использовать 1 раз в сутки. Это определяет оригинальность «Лимзера».

Омепразол блокирует высвобождение в просвет желудка хлористоводородной кислоты, обладает антихеликобактерной активностью. Его антисекреторная активность развивается в течение часа и сохраняется на протяжении суток. Время дости-

ження максимального кислотоподавлення при використанні омепразола складає 4—5 днів. Кислотоподавляючий ефект цього препарату вважається оптимальним для заживлення гастродуоденальних язв (необхідний рівень рН > 3), усунення рефлюкс-езофагіта (рН > 4), створення сприятливих умов для знищення хелікобактерій (рН > 5) в схемах антихелікобактерної терапії [1, 7, 10].

Домперидон блокує периферическіе допамінові рецептори, посилює перистальтику шлунка, сприяє підвищенню тонуса його нижнього сфинктера, нормалізації зниженої евакуаторної функції шлунка (збільшує тривалість і амплітуду скорочень антрального відділу), покращенню антродуоденальної координації та посиленню перистальтичної активності дванадцятипалої кишки, в результаті усуває отримання, изжогу, тошноту, блювоту, важкість в надчреві, відчуття горечі в роті, метеоризм, протидіє жодній релаксації шлунка, обумовленої дофаміном і секретіном.

Зміст в «Лімзері» двох препаратів і можливість його прийому один раз в добу підвищує комплаєнс при необхідності використання входять в нього лікарських засобів.

«Лімзер» апробований в лікуванні хронічними ерозіями шлунка [9]. Відзначено більш швидкий ефект цього препарату в ліквідації диспептичних розладів, ніж при окремому використанні омепразола і домперидону. «Лімзер» значно перевищує зазначені засоби в покращенні моторно-евакуаторної функції шлунка (час початку евакуації вмісту шлунка, період повиведення, відсоток виведення). Отримано переконливі дані, що підтверджують усунення болювого і диспептичного синдрому при ерозіях шлунка. Є повідомлення про ефективність «Лімзера» у хворих з ФД, особливо при її неспецифічному варіанті [2].

Мета роботи — оцінити вплив препарату «Лімзер» на клінічні прояви, властиві для варіантів перебігу ФД.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У 60 хворих з ФД (основна група), в яку увійшли 25 (41,7 %) пацієнтів з ЕБС, 20 (33,3 %) — з ПДС і 15 (25 %) — з поєднанням ознак ЕБС і ПДС, використано базисну терапію в поєднанні з «Лімзером», який призначали по 1 капсулі за 15—20 хв до їди щодня вранці впродовж 3 тижнів. Групу порівняння склали 30 хворих з ФД. З них у 12 (40 %) був ЕБС, у 9 (30 %) — ПДС, в 9 (30 %) випадках ознаки ЕБС і ПДС поєдналися. Цій групі хворих було призначено базисне лікування, яке включало досягнення комплаєнсу по зміні образу життя, виконання рекомендацій в питанні харчування, відмови від куріння, вживання алкоголю, НПВС, психокоррекції шляхом раціональної психотерапії, використання «Афобазолу».

В основній групі хворих було 18 (30 %) чоловіків і 42 (70 %) жінки в віці від 27 до 58 років, а в групі порівняння — 10 (33,3 %) чоловіків і 20 (66,7 %) жінок 24—59 років. Таким чином, основна група пацієнтів і група порівняння були достатньо однорідними.

Діагноз ФД встановлювали після виключення органічних, системних і метаболічних захворювань, які могли б пояснити симптоми, властиві вказаній патології. Всі хворі основної групи і групи порівняння мали *H. pylori*-негативний результат.

Ефективність терапії оцінювали за динамікою вираженості основних клінічних симптомів ФД через 3 тижні лікування. При цьому користувалися наступною шкалою: 0 балів — немає симптомів, 1 бал — симптоми слабо виражені (хворий може їх не помічати), 2 бали — симптоми помірно виражені (пацієнт може їх не помічати, але активність і сон порушені), 3 бали — симптоми виражені (хворий сконцентрований на болючих відчуттях, вони перешкоджають фізичній активності і сну). З урахуванням цього розраховували і порівнювали відсоток усунення кожного з ознак, властивих ФД, кінці лікування в основній групі і групі порівняння.

Таблиця. Динаміка симптомів ФД в процесі лікування (сумарно в балах і відсотках)

Симптом	Основна група			Група порівняння			p
	До лікування	Після лікування	Відсоток ліквідації	До лікування	Після лікування	Відсоток ліквідації	
Боль і/або жіння в області надчреві	90 (100 %)	6 (6,7 %)	93,3	50 (100 %)	29 (58 %)	42	<0,05
Відчуття повноти (важкості) в області надчреві після їди	76 (100 %)	7 (9,2 %)	90,8	36 (100 %)	24 (66,7 %)	33,3	<0,05
Ранній насичуваність	76 (100 %)	11 (14,5 %)	85,5	32 (100 %)	22 (68 %)	32	<0,05
Изжога	18 (100 %)	3 (16,7 %)	83,3	12 (100 %)	6 (50 %)	50	>0,05
Тошнота	49 (100 %)	6 (12,2 %)	87,8	29 (100 %)	19 (65,5 %)	34,5	<0,05

Примітка. p — достовірність відмінності відсотка ліквідації симптомів в основній групі і групі порівняння.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До лечения в основной группе (60 человек) боль и/или жжение в области надчревя отмечены у 40 (66,7 %) пациентов, чувство полноты (тяжести) в надчревы после еды — у 35 (58,3 %), ранняя насыщаемость — у 30 (50 %), изжога — у 8 (13,3 %) и тошнота — у 22 (36,7 %) больных. В группе сравнения (30 человек) они встречались соответственно у 21 (70 %), 17 (56,7 %), 5 (16,7 %) и 12 (40 %) больных.

Динамика симптомов ФД в процессе лечения представлена в таблице.

Анализ данных таблицы, отражающей динамику симптомов ФД в процессе лечения, свидетельствует о том, что после использования препарата «Лимзер» достоверно исчезали симптомы боли и/или жжения в области надчревя, чувство полноты (тяжести) после еды, ранняя насыщаемость и

тошнота, что позволяет обоснованно признать «Лимзер» эффективным средством в устранении большинства симптомов ФД и рекомендовать его использование при указанной патологии.

Побочные эффекты (слабость, сонливость, головная боль) при лечении «Лимзером» встречались редко (у 3 % больных), были слабо выражены и не требовали отмены препарата.

ВЫВОДЫ

«Лимзер» является оригинальным препаратом, повышающим комплаенс при лечении больных с ФД.

Курсовое использование препарата «Лимзер» устраняет большинство симптомов заболевания.

Побочные эффекты «Лимзера» встречаются редко, слабо выражены и не требуют отмены препарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лапина Т.А. Ингибиторы протонной помпы: несколько вопросов по теории и практике // Фарматека.— 2006.— № 1.— С. 1—4.

2. Осьодло Г.В., Куц Т.В., Калашников М.А. Функціональна диспепсія в клінічній практиці: невирішені питання та перспективи // Укр. тер. журн.— 2009.— № 1.— С. 25—29.

3. Пиманов С.И., Макренко Е.В. Диагностика и лечение функциональной диспепсии с позиции Римского консенсуса III // Consilium Medicum.— 2007.— Т. 9, № 1.— С. 3—7.

4. Пиманов С.И., Силивончик Н.И. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии: Пособие для врачей.— Витебск: Изд-во ВГМУ, 2006.— 160 с.

5. Перегерий В.Г., Ткач С.М., Марусевич Б.Н. Современные подходы к лечению больных функциональной диспепсией с точки зрения доказательной медицины // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 1.— С. 4—7.

6. Перегерий В.Г., Ткач С.М., Марусевич Б.М. и др. Спектр гастродуоденальной патологии при диспепсии и рекомендованные подходы к ее лечению в Украине // Суч. гастроентерол.— 2007.— № 1.— С. 55—59.

7. Перегерий В.Г., Чернявский В.В. Кислотосупрессивная терапия с позиции доказательной медицины и клинической практики // Сучасна гастроентерол.— 2008.— № 1.— С. 71—75.

8. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии: Пособие для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина, Е.К. Баранской и др.— М., 2001.— 30 с.

9. Свинцицкий А.С., Соловьева Г.А., Кундин В.Ю. и др. Эффективность «Лимзера» при хронических эрозиях желудка // Сучасна гастроентерол.— 2008.— № 3.— С. 70—74.

10. Степанов Ю.М. Застосування омепразолу при кислотозалежних захворюваннях гастродуоденальної зони // Здоров'я України.— 2007.— № 7/1.— С. 1—4.

11. Agreus L., Talley N.J. Dyspepsia management in general practice // BMJ.— 1997.— Vol. 315.— P. 1284—1288.

12. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology.— 2006.— Vol. 130, № 5.— P. 1459—1465.

13. Friedman L.S. Helicobacter pylori and non-ulcer dyspepsia // N. Engl. J. Med.— 1998.— Vol. 339.— P. 1—6.

14. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Римські критерії III. Funcional gastroduodenal disorders // Сучасна гастроентерол.— 2006.— Vol. 32, № 6.— С. 73—81.

15. Malagelasa J.R. Upper G.J. Managment issues for gastroenterologist. 1. Innovation towards better GJ care Jansen-Cilag congress. Abstracts.— Madrid, 1999.— P. 38—39.

16. Moayyedi P., Deeks J., Talley N.J. et al. Anupdate of the Cochrane systemic review of Helicobacter pylori eradication therapy in non-ulcer dyspepsia: revolving the discrepancy between systematic reviews // Am. J. Gastroenterol.— 2003.— Vol. 198.— P. 2621—2626.

17. Moayyedi P., Dolaney B.C., Vakil N. et al. The efficacy of proton pump inhibitors in non-ulcer dyspepsia: a systemic review and economic analysis // Gastroenterol.— 2004.— Vol. 127.— P. 1327—1329.

18. Moayyedi P., Soo S., Deeks J. et al. Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia // Cochrane Database Syst. Rev.— 2003.— Vol. 1.— P. 56—68.

19. Moayyedi P., Soo S., Deeks J. et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. Cochrane upper gastrointestinal pancreatic disease group // Cochrane Database Syst. Rev.— 2003.— Vol. 3.— CD001960.

20. Moayyedi P., Soo S., Deeks J. et al. Systematic review: Antacids, H₂-receptor antagonists, prokinetics, bismuth and sucralfate therapy for non-ulcer dyspepsia // Aliment. Pharmacol. Therapeut.— 2003.— Vol. 17.— P. 1215—1227.

21. Peura D.A., Kovacs T.O., Metz D.C. Lansoprasole in the treatment of functional dyspepsia: two double-blind, randomized, placebo-controlled trials // Am. J. Med.— 2004.— Vol. 116.— P. 740—748.

Ю.В. Ліневський, К.Ю. Ліневська, К.О. Воронін

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЛІМЗЕР» ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ ДИСПЕПСІЇ

60 хворих із функціональною диспепсією отримували протягом 3 тиж препарат «Лімзер» по 1 капсулі на добу. Наприкінці лікування у них зникли більшість симптомів функціональної диспепсії. «Лімзер» підвищує комплаєнс у лікуванні хворих із функціональною диспепсією.

Yu.V. Linevsky, K.Yu. Linevska, K.A. Voronin

THE POSSIBILITIES OF THE USE OF LIMZER PREPARATION AT FUNCTIONAL DYSPEPSIA

The study has been held on 60 patients with functional dyspepsia treated with Limzer in a dose of 1 capsule per day during 3 weeks. It has been revealed that the majority of functional dyspepsia symptom were removed at the treatment completion. Moreover it has been marked that Limzer improved compliance in the treatment of patients with functional dyspepsia.