

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГАСТРИТОЛ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

*Н.В. Харченко, Е.В. Родонежская*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев

**Ключевые слова:** функциональная диспепсия, диагностика, лечение, «Гастритол».

Распространенность диспепсических жалоб населения очень высока и составляет 30—40%. На основании исследований было установлено, что меньшая часть диспепсических жалоб приходится на долю органических заболеваний, а большая — на долю функциональной диспепсии (ФД) [1, 2, 4].

Современная концепция о функциональной диспепсии имеет более чем 15-летнюю историю. Проблеме функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта посвящено много отечественных и зарубежных исследований. Однако тема ФД актуальна, так как имеются значительные различия во мнениях относительно не только патогенеза, клиники, лечения, но и терминологии. В связи с этим в 1999 г. в Риме Согласительная комиссия международных экспертов завершила работу по изучению проблемы функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта и определила Римские критерии II. На Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Монреале в 2005 г. снова много внимания было уделено вопросам функциональных заболеваний, в том числе патофизиологии и лечению ФД. Было отмечено, что у 30—40% больных с ФД нарушено опорожнение желудка и распределение пищи в желудке, поэтому поиск лекарственных препаратов чрезвычайно актуален.

Под синдромом ФД понимают симптомокомплекс, включающий в себя боль или ощущение дискомфорта в надчревной области (связанные или не связанные с приемом пищи, физическими упражнениями), чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку.

Согласно определению Римского комитета (1999), под диспепсией понимают боль или дискомфорт в надчрестье. Боль в правом или левом подреберьях не относится к синдрому диспепсии. Дискомфортом называется неприятное ощущение, не расцениваемое самим пациентом как боль, однако имеющее множество оттенков (ощущение переполнения в надчрестье, раннее насыщение, тошнота) и являющееся следствием моторной дисфункции верхнего отдела ЖКТ. Боль или дискомфорт могут быть перемежающимися или постоянными, различными по интенсивности, а также не иметь отчетливой связи с приемом пищи [2, 3, 5].

Выделяют следующие варианты ФД:

- дискинетический;
- язвенноподобный;
- неспецифический.

ФД является диагнозом исключения органической диспепсии (при язвенной болезни, рефлюкс-эзофагите, раке желудка).

При дискинетическом варианте ФД отмечаются снижение моторики антрального отдела желудка, замедление его опорожнения, нарушение антродуоденальной координации.

Наибольшее значение в возникновении диспепсических жалоб у больных с ФД имеют нарушения моторики верхних отделов ЖКТ, которые, по данным R.W. McCallum, встречаются у 75% пациентов [8]. Как показал J.R. Malagelada [7], частота нарушений гастродуоденальной моторики практически одинакова при дискинетическом и язвенноподобном вариантах.

У больных с ФД наблюдается расстройство аккомодации желудка в ответ на прием пищи, то есть способности проксимального отдела желудка расслабляться после приема пищи под действием постоянно нарастающего давления содержимого на его стенки. Нормальная аккомодация желудка ведет к увеличению его объема после приема пищи без повышения внутрижелудочного давления [6].

У больных с ФД нарушается ритм перистальтики желудка (тахигастрия, брадигастрия, смешанная дисритмия). У большинства больных с ФД нарушается миоэлектрическая активность желудка в виде брадигастрии, которая коррелирует с такими симптомами, как тошнота, рвота, чувство переполнения в надчрестье [6]. Кроме того, у больных с ФД могут выявляться ослабление моторики антрального отдела с последующим расширением этого отдела и гастропарезом и нарушением антродуоденальной координации. Замедление эвакуации из желудка и ослабление моторики антрального отдела выявляют почти у 50% больных с ФД [5—8].

При неспецифическом варианте диспепсии не удается выделить ведущий механизм развития патологии. Определенную роль в возникновении диспепсических расстройств, особенно у пациентов с неспецифическим вариантом диспепсии, играет снижение порога чувствительности стенки желудка к растяжению (нарушение афферентного звена). Это наблюдается у 50—70% пациентов [6].

В соответствии с Римскими критериями (1999), четкие характеристики имеют лишь дискинетическая и язвенноподобная диспепсии:

- 1) неприятное, неболезненное ощущение (дискомфорт) в надчрестье, нередко сочетающееся с чувством переполнения или распираания, ранним насыщением, тошнотой (дискинетическая диспепсия);
- 2) надчревная боль (язвенноподобная диспепсия);
- 3) при неспецифической диспепсии симптомы не отвечают критериям язвенноподобной и дискинетической форм диспепсии.

Однако, как показывают наблюдения последних лет [1], сравнительно редко удается достаточно четко выделить тот или иной вариант ФД.

В последние годы активно изучают роль хеликобактерной инфекции (*H. pylori*) при ФД [7, 8]. У около 50% пациентов с ФД реакция на *H. pylori*-позитивная. Инфицирование *H. pylori* приводит к развитию хронического хеликобактерного гастрита, сопровождающегося у некоторых пациентов нарушением функции водителя ритма желудка, недостаточной фундальной релаксацией, расширением антрального отдела желудка с ослаблением его постпрандиальной моторики. В конечном итоге это ведет к нарушению моторно-эвакуаторной функции желудка с развитием гастропареза.

В ингибирующем действии *H. pylori* на моторику желудка участвуют цитокины (IL-1b, IL-6, IL-8) и фактор некроза опухоли  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), поэтому антихеликобактерная терапия может сопровождаться улучшением желудочной моторики. Однако полностью исчезают диспепсические жалобы только у 20—25% пациентов с ФД, преимущественно при язвенноподобном варианте течения ФД.

Согласно рекомендациям 3-го Маастрихтского консенсуса (2005), не всегда нужно проводить антихеликобактерную терапию при ФД.

Перед началом любой фармакотерапии необходимы следующие мероприятия:

- 1) информационное воздействие на больного (разъяснительные беседы, нормализация образа жизни);
- 2) рекомендации по питанию (снижение количества потребляемой пищи с ограничением жиров, кофе, алкоголя, отказ от курения; при раннем насыщении и вздутии живота после еды весьма ощутимую пользу приносит прием пищи малыми порциями до 6 раз в день).

При полном отсутствии эффекта показано медикаментозное лечение.

Обилие терапевтических схем, предложенных для лечения функциональной диспепсии, в силу недостаточных знаний о патогенезе дают сомнительную эффективность. Однако лицам с дискинетической диспепсией назначают прокинетики. При язвенноподобном варианте диспепсии рекомендуют антацидные препараты, блокаторы  $H_2$ -рецепторов гистамина или ингибиторы протонной помпы. Антидепрессанты и эрадикация хеликобактерной инфекции при функциональной диспепсии недостаточно эффективны и о целесообразности в ее проведении вопрос решают индивидуально.

Для лечения больных с ФД необходимо применять прежде всего препараты, механизм действия которых позволяет устранить основные симптомы заболевания.

Одним из препаратов, применение которых целесообразно при ФД, является «Гастритол» в виде капель для перорального введения (компания «Dr. Gustav Klein», Германия). «Гастритол» содержит ряд активных веществ, вызывающих местный эффект в желудочно-кишечном тракте и оказывающих центральное действие на секреторную и моторную функции желудка. В состав «Гастритола» входят жидкие экстракты из травы лапчатки гусиной, цветков ромашки лекарственной, корней солодки, дягиля, травы кадобенедикта, полыни горькой, зверобоя продырявленного.

· Лапчатка гусиная оказывает спазмолитическое действие на мышцы желудочно-кишечного тракта.

· Влияние ромашки аптечной на организм обусловлено комплексом фармакологических свойств, содержащихся в растении активных веществ (эфирное масло, азулен, флавоноиды, полисахариды, витамины). Препараты ромашки оказывают спазмолитическое, противовоспалительное, антисептическое, седативное и некоторое обезболивающее действие, усиливают желчеотделение, стимулируют процессы регенерации и заживления тканей. Механизм спазмолитического действия объясняется М-холинолитическими свойствами гликозидов, содержащихся в растении.

· Корень солодки содержит глицирризиновую кислоту, которая обладает мощным противовоспалительным действием. Глицирризиновая кислота, подвергаясь в организме метаболическим преобразованиям, оказывает кортикостероидоподобное влияние. Именно это фармакологическое свойство растения считается наиболее важным. Кроме того, солодковый корень и его экстракты оказывают спазмолитическое действие на гладкие мышцы, что позволяет назначать его при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

· Корни и корневища дягиля лекарственного содержат эфирное масло, в состав которого входят сесквитерпеновые соединения, пинен и другие компоненты. Препараты дягиля лекарственного оказывают противовоспалительное, спазмолитическое действие.

· Трава кардобенедикта содержит горький гликозид кнущин, который (как и горькие вещества, содержащиеся в дягиле) улучшает абдоминальное кровообращение, ускоряя тем самым процессы регенерации и восстановления слизистой оболочки желудка.

· Трава полыни горькой содержит горькие гликозиды, флавоноиды, эфирное масло, органические и дубильные вещества. Препараты полыни, как и все горечи, стимулируют функцию желез желудочно-кишечного тракта, усиливают желчеотделение и значительно улучшают пищеварение. Содержащиеся в растении терпеноидные соединения оказывают выраженный противовоспалительный эффект, стимулируют функции ретикулоэндотелиальной системы и фагоцитарную активность.

· Трава зверобоя продырявленного содержит биологически активные соединения и обладает многосторонними фармакологическими свойствами. Наиболее активными соединениями являются флавоноиды, оказывающие спазмолитическое действие на гладкие мышцы желудка, кишечника, желчных протоков. Дубильные вещества обладают легким вяжущим и противовоспалительным эффектами.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности и переносимости препарата «Гастритол» (настойка производства компании «Dr. Gustav Klein», Германия) при ФД.

**Задачи исследования:**

- изучить влияние препарата на течение заболевания;
- определить переносимость и возможные побочные эффекты «Гастритола».

*Критерии включения больных в исследование:*

- возраст от 18 до 65 лет;
- установленный диагноз ФД;

- письменное согласие пациента на участие в исследовании;
- способность пациента к адекватному сотрудничеству в процессе исследования.

*Критерии исключения:*

- гиперчувствительность к препарату в анамнезе;
- беременность, период лактации;
- декомпенсированные заболевания или острые состояния, способные существенно повлиять на результаты исследования;
- невозможность пациента отказаться от приема алкоголя и/или наркотиков в период исследования;
- прием не рекомендуемых лекарственных средств во время исследования;
- участие в любом другом клиническом испытании.

**Материал и методы исследования**

Наблюдали 30 больных с ФД. Все больные были в возрасте от 18 до 65 лет (10 женщин и 20 мужчин). Средний возраст пациентов составил ( $35 \pm 5,4$ ) года, длительность заболевания — ( $5,2 \pm 3,4$ ) года.

У всех больных был морфологически исключен диагноз хронического гастрита.

Основные симптомы оценивали пациенты в динамике по выраженности симптомов в баллах от 0 до 3 с применением аналоговой шкалы, в соответствии с которой 0 баллов — симптомов нет, 1 балл — симптом слабо выражен, 2 балла — симптом умеренно выражен, 3 балла — симптом резко выражен. По такой же схеме оценивали и побочные эффекты.

После окончания испытания производили субъективную оценку клинического эффекта препарата по шкале: эффективный, малоэффективный, неэффективный препарат.

Всем больным с ФД были даны рекомендации по питанию. Им назначали препарат «Гастритол», по 30 капель, растворенных в небольшом количестве воды, по 3 раза в день. Курс лечения составил 4 нед.

При поступлении все больные жаловались на боль различной интенсивности (1,8 балла) в надчревной области. На изжогу (2 балла) указывали 6 (20%) больных, у 8 (26,7%) были жалобы на кислый привкус во рту по утрам (1,8 балла), у 10 больных (33,3%) — на отрыжку кислым или воздухом (1 балл). Нарушение аппетита (1,6 балла) наблюдалось у 12 (40%) больных, вздутие живота (1,6 балла) — у 18 (60%), нарушение стула (1,4 балла) — у 8 (26,7%) пациентов. Степень выраженности признака обозначали как умеренная или незначительная у всех больных. Боль при пальпации в надчревной и пилородуоденальной зоне определялась у всех больных. Печень располагалась у края реберной дуги, были отрицательными симптомы Ортнера, Кера, Мерфи.

До лечения всем больным проводили ФЭГДС с взятием из антрального отдела и тела желудка биоптата для уреазного теста на выявление *H. pylori* и гистоморфологического исследования слизистой оболочки желудка. При ФЭГДС у 23 (76,7%) больных выявлена незначительная гиперемия слизистой оболочки желудка, у 7 (23,3%) — гиперемия слизистой оболочки и единичные эрозии в нижней трети пищевода. Таким образом, у 7 (23,3%) больных был выявлен ГЭРБ. Им дополнительно назначены блокаторы

протонной помпы в стандартной дозе 1 раз в 1 сут. При проведении уреазного теста у 14 (46,7%) больных выявлена хеликобактерная инфекция.

Учитывая данные литературы, что эрадикация хеликобактерной инфекции дает клинический эффект (исчезновение диспепсических расстройств) лишь у 20—25% случаев, преимущественно при язвенноподобном варианте течения диспепсии, и что ее влияние на моторику желудка и тонкой кишки до конца не выяснены, антихеликобактерную терапию не проводили.

При внутрижелудочной рН-метрии до начала лечения у 18 (60%) больных в базальных условиях наблюдалось состояние гиперацидности, у 12 (40%) — абсолютной нормоцидности.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости у наблюдаемых нами больных изменений эхогенности ткани печени не наблюдалось. При исследовании печеночных протоков у 14 (46,7%) больных выявлена дискинезия желчного пузыря по гипертоническому типу: желчный пузырь был гипертоничен, имел шарообразную форму.

Данные клинического исследования регистрировали до начала лечения, на 7, 14 и 21-е сутки и после окончания курса лечения.

В таблице представлена динамика клинических проявлений заболевания до и после курса лечения.

У большинства больных боль в надчревной области уменьшилась уже на 7-е сутки лечения. К 14-м суткам самочувствие больных улучшилось, и к концу лечения лишь у 1 (3,3%) больного отмечались умеренные болезненные ощущения в надчревной области. При

Таблица. Клинические проявления до и после лечения

Параметр	До лечения	После лечения
Жалобы на боль в надчревной области	30 (100) 1,8 балла	1 (3,3) 1 балл
Боль в надчревной и пилородуоденальной областях при пальпации	30 (100) 1,8 балла	3 (10) 1 балл
Изжога	6 (20) 2 балла	—
Кислый привкус во рту	8 (26,7) 1,8 балла	2 (6,7) 1 балл
Отрыжка	10 (33,3) 1,0 балла	—
Нарушение аппетита	12 (40) 1,6 балла	2 (6,7) 1 балл
Метеоризм	18 (60) 1,6 балла	12 (40) 1 балл
Нарушение стула	8 (26,7) 1,4 балла	3 (10) 1 балл

Примечание. В скобках показатели приведены в процентах.

пальпации боль в эпигастральной области постепенно уменьшалась к 7-м, 14-м суткам лечения, к концу курса терапии, то есть через 4 нед, у 3 (10%) больных сохранялись болевые ощущения при глубокой пальпации в этой зоне. Изжога в процессе лечения уменьшалась уже к 7-м суткам, к концу курса лечения она исчезла у всех больных. На фоне лечения у 5 из 8 больных нормализовался стул, у 3 (10%) остался запор, который наблюдался у больных на протяжении многих лет и не был связан с обострением заболевания. Метеоризм до начала лечения наблюдался у 18 (60%) больных, после лечения — у 12 (40%). После тщательного обследования у этих пациентов установлен диагноз дисбактериоза, что потребовало дополнительной коррекции питания и назначения пробиотиков. Аппетит нормализовался у большинства больных, 2 пациента (6,7%) предъявляли жалобы на его нарушения, что было для них характерно и до настоящего заболевания.

Следует отметить, что у больных на фоне приема «Гастритол» улучшились настроение и сон. На динамику клинических проявлений заболевания «Гастритол» оказывал положительное влияние, которое, возможно, связано с нормализацией моторной функции желудочно-кишечного тракта, а следовательно, и с уменьшением и/или исчезновением диспепсических жалоб.

При контрольной ФЭГДС у больных отмечали заживление эрозий в нижней трети пищевода, уменьшение гиперемии, отека слизистой оболочки пище-

вода; уменьшение гиперемии слизистой оболочки желудка, что также свидетельствовало об эффективности такой терапии.

При исследовании кислотообразующей функции желудка отмечалась нормализация кислотообразования в полости желудка (рН в пределах  $1,9 \pm 0,7$ ).

При УЗИ органов брюшной полости отмечено уменьшение напряжения желчного пузыря, о чем свидетельствовали грушеподобная конфигурация его и нормальные размеры.

При клиническом анализе крови, мочи, биохимическом исследовании функциональных проб печени не выявили нарушений как до, так и после лечения.

В процессе лечения «Гастритолом» побочных эффектов не наблюдалось и переносимость препарата была хорошая. Эффективность «Гастритола» была высокая у 27 (90%), незначительная — у 3 (10%) больных.

### Выводы

1. Препарат «Гастритол», производства компании «Dr. Gustav Klein» (Германия), хорошо переносится больными, не дает побочных эффектов.

2. Изучение препарата «Гастритол» свидетельствует о его терапевтической эффективности.

3. Отсутствие побочных эффектов при применении препарата «Гастритол» дает возможность проводить курсы лечения как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Билхарц М. Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 1998.— Т. 111, № 5.— С. 69—76.

2. Васильев Ю.В. Неязвенная функциональная диспепсия. В кн: Болезни органов пищеварения. Блокаторы  $H_2$ -рецепторов гистамина.— М.: Дубль Фрейг, 2002.— С. 81—91.

3. Васильев Ю.В. Синдром диспепсии. В кн.: Избранные главы клинической гастроэнтерологии / Под ред. Л.Б. Лазебника и Ю.В. Васильева.— М.: Анархасис, 2005.— С. 146—59.

4. Васильев Ю.В., Яшина Н.В., Иванова Н.Г. Синдром

диспепсии (диагностика, лечение). Актуальные вопросы клинической медицины.— М., 2001.— С. 77—81.

5. Ивашкин В.Т. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии (пособие для врачей).— М., 2003.— 30 с.

6. Attat B.M., Demetria M.V., Chen J. Is gastric myoelectric activity associated with symptoms in patienta with functional dyspepsia? DDW, New Orlean, 1998.— Abstracts.—P. 380.

7. Malagelada J.-R. Upper GI management issues for gastroenterologists // Innovation towards better GI care. 1. Janssen-Cilag congress. Abstracts.— Madrid, 1999.— P. 38—39.

8. McCallum R.W. The dyspepsia algorithm // Pract. Gastroenterol.— 1998.— 22 (6).— P. 26—38.

## ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ГАСТРИТОЛ» У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

**Н.В. Харченко, О.В. Родонежська**

Поширеність диспепсичних скарг серед населення складає 30—40%, більшість з яких припадають на функціональну диспепсію.

У лікуванні хворих з функціональною диспепсією необхідно використовувати препарати, механізм дії яких дає змогу зменшити або ліквідувати основні симптоми захворювання. Одним із лікарських засобів для лікування функціональної диспепсії є «Гастритол» виробництва компанії «Dr. Gustav Klein» (Німеччина), який має вплив на секреторну та моторну функції шлунка.

## THE USE OF GASTRITOL PREPARATION IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA

**N.V. Kharchenko, E.V. Rodonezhska**

It is estimated that prevalence of dyspeptic complaints in population is 30—40% and the most part of them is associated with functional dyspepsia.

In the treatment of patients with functional dyspepsia it is necessary to use agents based on mechanism of action that enables to reduce or eliminate the main symptoms of the disease. One of medicinal products used for the functional dyspepsia treatment is Gastritol (company «Dr. Gustav Klein», Germany) that influences on the secretory and motor functions of stomach.