

Эзомепразол с технологией немедленного высвобождения в терапии ГЭРБ

Ежедневно в мире до 10% населения ощущает изжогу – один из ведущих симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Об истинной распространенности данного заболевания позволяют судить результаты проведенных многоцентровых исследований, которые свидетельствуют о том, что в Европе ГЭРБ диагностируется у 25%, а в США – до 40% населения. Такая высокая распространенность делает ГЭРБ одним из ведущих заболеваний желудочно-кишечного тракта в современном мире. Высокая распространенность ГЭРБ также обуславливает ежегодное увеличение количества больных с таким грозным осложнением как аденокарцинома пищевода. Все это диктует необходимость более тщательного подхода к ведению пациентов с изжогой. Как известно, ГЭРБ – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное ретроградным током рефлюксного содержимого в пищевод и/или экстраэзофагеально, протекающее с поражением или без видимого поражения слизистой оболочки пищевода и сопровождающееся нарушением самочувствия пациента.

Ведущим фактором в формировании ГЭРБ является нарушение «запирательного» механизма кардии, что способствует забросу содержимого желудка в пищевод, изменению кислотности среды пищевода, раздражению и повреждению его слизистой оболочки. Определенную роль в формировании заболевания играют снижение тонуса нижнего пищеводно-

го сфинктера, нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, применение лекарственных препаратов, формирование грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, а также снижение пищеводного клиренса.

В настоящее время в развитии ГЭРБ выделены провоцирующие и предрасполагающие факторы.

В большинстве случаев диагноз ГЭРБ не вызывает затруднений. Жалобы на изжогу и отрыжку кислым позволяют предположить развитие данного заболевания. Обнаружение наряду с типичными жалобами хронического кашля, повреждения зубной эмали, жалоб на ощущение кома в горле, боли в горле и/или за грудиной, а также наличие в анамнезе бронхиальной

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЭРБ:

- Возраст;
- Мужской пол;
- Отягощенная наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта;
- Органическая патология гастродуоденальной зоны;
- Вегетативная дисрегуляция;
- Глистно-паразитарная инвазия;
- Очаги хронической инфекции;
- Ожирение;
- Мезенхимальная недостаточность;
- Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и т. д.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЭРБ:

- Нарушение режима и качества питания;
- Состояния, сопровождающиеся повышением интраабдоминального давления (запоры, неадекватная физическая нагрузка, длительное наклонное положение туловища и т. д.);
- Стрессорные факторы;
- Курение, употребление алкоголя;
- Прием некоторых лекарственных препаратов и т. д.



астмы, частых ларингитов указывает на атипичные симптомы ГЭРБ. Наличие у пациента нарушения глотания, эпизодов рвоты, ощущения раннего насыщения, симптомов гастроинтестинального кровотечения, железодефицитной анемии, снижения массы тела должно насторожить врача и требует проведения диагностического поиска, направленного на выявление осложнений ГЭРБ.

В настоящее время для диагностики ГЭРБ применяют тест с ингибитором протонной помпы (ИПП), эндоскопическое исследование пищевода и рН-мониторинг. Следует отметить, что проведение нескольких диагностических тестов позволяет повысить точность диагностики ГЭРБ.

Тест с ИПП. Впервые этот тест для диагностики ГЭРБ был применен в 1992 г. и предполагал назначение пациентам с симптомами гастроэзофагеального рефлюкса омепразола в стандартной дозировке курсом 7–10 дней. В дальнейшем, по мере появления новых представителей группы ИПП, с целью диагностики ГЭРБ стали применять и другие препараты, в частности эзомепразол. Тест с ИПП является наиболее простым и доступным в рутинной медицинской практике. Следует отметить, что в случае купирования симптомов и диагностики ГЭРБ пациенту рекомендуют продолжать прием назначенного препарата сроком до 8 нед. Несмотря на то, что по результатам недавно проведенного мета-анализа специфичность теста с ИПП была поставлена под сомнение, он остается наиболее востребованным в диагностике ГЭРБ. Проведение теста с ИПП может быть одним из наиболее простых и быстрых способов диагностики ГЭРБ в случаях, когда при выполнении эндоскопических исследований не удается выявить специфических изменений, свидетельствующих в пользу развития данного заболевания.

Проведение эндоскопического исследования позволяет оценить состояние слизистой оболочки пищевода, выявить формирование стриктур, развитие пищевода Баретта и аденокарциномы. Проведение эндоскопического исследования пациентам с жалобами на изжогу позволяет выявить наличие

эрозивного повреждения слизистой оболочки пищевода и подтвердить диагноз ГЭРБ с формированием эзофагита. В настоящее время в клинической практике для характеристики эрозивного поражения пищевода наиболее часто используют Лос-Анджелесскую классификацию. Согласно данной классификации выделяют 4 степени эзофагита, которые обозначают в диагнозе латинскими буквами А, В, С, D. Недостатком эндоскопического исследования является то, что при его выполнении остается нераспознанной неэрозивная ГЭРБ. Проведение эндоскопического исследования обязательно для всех пациентов с симптомами ГЭРБ и так называемыми «тревожными симптомами», а также при подозрении на формирование осложнений заболевания.

По результатам большинства исследований эзомепразол в дозе 40 мг продемонстрировал свое преимущество в купировании симптомов ГЭРБ и заживлении язвенных дефектов слизистой оболочки пищевода в сравнении с омепразолом, пантопразолом и лансопразолом.

Мониторинг рН. Проведение суточного мониторирования внутрипищеводного рН позволяет подтвердить наличие патологического рефлюкса у пациентов с неэрозивной ГЭРБ, а также в случае резистентности заболевания к кислотосупрессивной терапии.

Несмотря на высокую распространенность заболевания, которое сопряжено с формированием грозных осложнений, только 2% пациентов с ГЭРБ получают необходимую терапию. Одними из первых, кто рекомендует лекарственные препараты пациентам с ГЭРБ, являются фармацевты. По-видимому, этим можно объяснить широкое применение в Украине, да и в мире в целом, антацидов. Однако основной, патогенетически обоснованной «мишенью» в терапии ГЭРБ является подавление продукции соляной кислоты.

В настоящее время с этой целью применяются блокаторы H_2 -рецепторов гистамина и ИПП. Наиболее эффективными в терапии ГЭРБ, подтвердившими свое преимущество в сравнении с антацидами, блокаторами H_2 -рецепторов гистамина и плацебо, являются ИПП. Применение ИПП в терапии ГЭРБ позволяет достигнуть стойкой ремиссии в течение года у 20% пациентов. По результатам недавних исследований известно, что назначение ИПП пациентам с пищеводом Баретта достоверно снижает риск развития рака пищевода. Одним из наиболее эффективных и хорошо изученных ИПП, применяемых в терапии ГЭРБ, является эзомепразол. В сравнении со своим предшественником омепразолом, эзомепразол быстрее и лучше усваивается, обеспечивает лучший контроль кислотности в желудке.

Проведенный в 2015 г. мета-анализ эффективности применения эзомепразола в терапии ГЭРБ включил в себя 15 исследований. Большинство исследований было посвящено изучению эффективности терапии пациентов с эндоскопически верифицированным эзофагитом. Для оценки качества проводимой кислотосупрессивной терапии эзомепразолом (в дозе 40 и 20 мг/сут), омепразолом (20 мг/сут), лансопразолом (30 мг/сут) и пантопразолом (40 мг/сут) всем пациентам выполняли контрольную эндоскопию на 4-й и 8-й неделе лечения. По результатам большинства исследований эзомепразол в дозе 40 мг продемонстрировал свое преимущество в купировании симптомов ГЭРБ и заживлении язвенных дефектов слизистой оболочки пищевода в сравнении с омепразолом, пантопразолом и лансопразолом. При проведении контрольной эндоскопии на 4-й неделе терапии эзомепразолом заживление эрозивных повреждений слизистой оболочки достигалось практически у 80%, а через 8 нед. — у 94% пациентов. Исследователи отметили преимущество эзомепразола в терапии больных с рефлюкс-эзофагитом С и D степени, т. е. у пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания. Было отмечено потенциальное преимущество проведения длительной, а в ряде случаев постоянной терапии

эзомепразолом у пациентов с тяжелой и осложненной ГЭРБ. По мнению экспертов, проведение так называемой терапии «по требованию» также не утратило своей актуальности у пациентов с легкими формами ГЭРБ и при неэрозивной рефлюксной болезни.

Широкий профиль безопасности эзомепразола, подтвержденный результатами рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, позволил экспертам рекомендовать применение препарата не только у взрослых, но и в педиатрической практике. Особенно важным это является в свете необходимости проведения длительной кислотосупрессив-

ной терапии, направленной не только на купирование симптомов ГЭРБ, а и на профилактику развития ее осложнений.

Таким образом, препаратами выбора для терапии пациентов с ГЭРБ являются ИПП, и в частности эзомепразол. Целесообразным является назначение ИПП в стандартной дозе 40 мг 1 раз в сутки за 30 мин до еды в течение 4–8 нед. При достижении положительного эффекта следует продолжить прием ИПП в минимальной терапевтической дозе 20 мг или рекомендовать прием препаратов в режиме «по требованию». В случае неэффективности проводимой терапии необходимо рассмотреть возможность увеличения

дозы препарата и кратности его применения до 2 раз в сутки. При выборе тактики лечения эрозивного эзофагита следует учитывать эндоскопическую картину. Так, пациентам с эзофагитом степени А и В показано назначение ИПП в стандартной дозе в течение 4–8 нед., при более тяжелых степенях эзофагита длительность терапии должна составлять не менее 8 нед. После рубцевания дефектов слизистой оболочки пищевода пациентам с эзофагитом степени А и В рекомендована терапия ИПП в режиме «по требованию», а больным с эзофагитом степени С и D возможно проведение кислотосупрессивной терапии длительностью до 6 мес.



ЕЗОЛОНГ®— 20,
ЕЗОЛОНГ®— 40

Витяг з інструкції для медичного застосування

Склад: діюча речовина: esomeprazole; 1 таблетка містить езомепразолу магнеїю тригідрату еквівалентно езомепразолу 20 мг або 40 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Інгібітори протонного насоса. Код АТС А02В С05. **Показання.** Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: лікування ерозивного рефлюкс-езофагіту; тривала профілактика рецидивів у пацієнтів із вилікуваним езофагітом; симптоматичне лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Разом з антибактеріальними засобами для ерадикації *Helicobacter pylori*; лікування виразки дванадцятипалої кишки, пов'язаної з *Helicobacter pylori*; запобігання рецидивам пептичних виразок у хворих на виразки, спричинені *Helicobacter pylori*. **Протипоказання.** Відомо підвищена чутливість до езомепразолу, до замінених бензimidазолів або інших компонентів препарату. Дитячий вік. Не слід застосовувати разом з атазанавіром. **Побічні реакції.** З боку системи крові та лімфи: лейкопенія, тромбоцитопенія, агранулоцитоз, панцитопенія. З боку імунної системи: реакції гіперчутливості, такі як лихоманка, ангіоневротичний набряк та анафілактичний шок. Метаболічні порушення: периферичні набряки, гіпонатріємія. З боку психіки: безсоння, збудження, депресія, сплутаність свідомості, агресія, галюцинації. З боку нервової системи: запаморочення, головний біль, слабкість, парестезія, сонливість, порушення смаку. З боку органа зору: нечіткість зору, кон'юнктивіт. З боку дихальної системи: бронхоспазм. З боку травного тракту: біль у животі, запор, діарея, здуття живота, нудота, блювання, сухість у роті, стоматит, кандидоз травного тракту. З боку гепатобіліарної системи: підвищення рівнів печінкових ферментів, гепатит з або без жовтяниці, печінкова недостатність, енцефалопатія у пацієнтів із захворюваннями печінки. З боку шкіри та м'яких тканин: дерматит, свербіж, висипання, алопеція, фоточутливість, мультиформна еритема, синдром Стивенса — Джонсона, токсичний епідермальний некроліз. З боку кістково-м'язової системи: артралгія, міалгія, м'язова слабкість. З боку сечовидільної системи: інтерстиціальний нефрит. З боку репродуктивної системи: гінекомастія. Загальні порушення: слабкість, посилення потовиділення.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. Organosyn Ltd.

Р.П. UA/11328/01/01, UA/11328/01/02, наказ МОЗ №287 від 18.05.2011.

Інформація про лікарський засіб призначена для фахівців медичної та фармацевтичної сфер діяльності та для розповсюдження на спеціалізованих заходах з медичної тематики. Перед призначенням уважно ознайомтеся з повною інформацією про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування. За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Органосін ЛТД», Україна, м. Київ, вул. Сікорського, 8, Бізнес-центр «Флора-Парк».

Тел: +380 (44) 456-99-33. www.organosyn.com.ua

Унікальний ИПП с технологією негайного высвобождения

В настоящее время на фармацевтическом рынке Украины представлен лекарственный препарат Эзолонг (эзомепразол) от компании Organosyn, который имеет длительный опыт широкого применения. Результаты многочисленных клинических исследований подтверждают его высокую клиническую эффективность в терапии пациентов с ГЭРБ, и в частности с эрозивными повреждениями пищевода.

Одним из преимуществ данного препарата, выгодно отличающих его от других ИПП, является наличие в составе Эзолонга антацида — натрия гидрокарбоната (в качестве буфера). Антацид обеспечивает сохранность эзомепразола в кислой среде желудка. А за счет отсутствия кишечнорастворимой оболочки эзомепразол быстрее достигает протонных помп и блокирует их. Причем натрия гидрокарбонат стимулирует активацию большего количества протонных помп, успешно блокируемых эзомепразолом. Сочетание ИПП и антацида в одном препарате обуславливает практически мгновенную нейтрализацию соляной кислоты в желудке и купирование симптомов ГЭРБ, а также блокаду париетальной клетки, обеспечивая тем самым 24-часовой контроль кислотности.

Эзолонг от компании Organosyn имеет доказанную биоэквивалентность оригинальному препарату эзомепразола, что позволяет ему быть представленным не только на украинском, но и мировом фармацевтическом рынке.

