



І. Г. Палій, С. В. Заїка, С. П. Колісник, І. В. Чернова  
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

## Місце домперидону в лікуванні коморбідної патології стравоходу та шлунка (випадки із клінічної практики)

Близько 20% пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) мають клінічні ознаки синдрому функціональної диспепсії, 20–30% хворих, насамперед з неерозивною рефлюксною хворобою і/або позастравохідними виявами ГЕРХ, погано відповідають на терапію інгібіторами протонної помпи. Вважають, що це пов'язано з порушеннями моторики стравоходу та шлунка, що є патогенетичним обґрунтуванням використання прокінетиків при лікуванні коморбідної патології стравоходу і шлунка. Наведено два клінічних випадки ефективного застосування домперидону («Мотиліум®») при лікуванні неерозивної та ерозивної форми ГЕРХ у поєднанні із функціональною диспепсією, проілюстровані результатами добового езофаго-рН-моніторингу.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ГЕРХ, функціональна шлункова диспепсія, добовий езофаго-рН-моніторинг, домперидон, препарат «Мотиліум®».

У сучасній лікарській практиці, особливо в гастроентерологічній, важко знайти пацієнта, в якого б була винятково органічна або функціональна патологія. Наприклад, майже 20% пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) мають клінічні ознаки іншого захворювання – синдрому функціональної диспепсії (ФД) [6, 7]. У Римських критеріях III та IV наголошено, що наявність ГЕРХ не заперечує діагноз ФД, особливо якщо симптоми, притаманні синдрому болю в епігастрії та постпрандіальному дистрес-синдрому, зберігаються після курсу антисекреторної терапії [17, 25]. «Перехрест» ГЕРХ з ФД трапляється в 7–20% випадків [30]. Характерна для ФД скарга – тяжкість в епігастрії після їди – трапляється у хворих на ГЕРХ навіть частіше, ніж її класичний симптом – печія. Крім того, у пацієнтів із ГЕРХ спостерігається висока частота виявлення інших симптомів ФД: відчуття тяжкості в надчеревній ділянці та розпирання в епігастрії [17]. Таке поєднання ускладнює верифікацію діагнозу та вибір стратегії терапії, проте поінформованість про це явище важлива для запобігання діагностичним помилкам. Наявність ФД не заперечує діагноз ГЕРХ, а є підставою для

встановлення кількох самостійних діагнозів і застосування диференційованої діагностичної та терапевтичної тактики [7]. Неефективність лікування ГЕРХ за допомогою інгібіторів протонної помпи (ІПП) може пояснюватися наявністю печії, не пов'язаної з ГЕРХ. Формування цього стану може бути спричинене порушеннями моторики стравоходу та гіперсенситивністю його слизової оболонки. Так, за даними В. В. Чернявського (2018), 96% хворих на ФД мають порушення моторно-евакуаторної функції шлунка (МЕФШ), що було встановлено за допомогою <sup>13</sup>C-октанового тесту. Причому у 81,5% обстежених спостерігалось сповільнення МЕФШ незалежно від клінічного варіанта ФД і лише в 11,1% – прискорення МЕФШ (усі хворі мали клінічні вияви ФД – епігастральний больовий синдром) [16].

Згідно з Римськими критеріями IV (2016) про гіперчутливість стравоходу можна говорити за наявності наведених нижче симптомів з частотою як мінімум двічі на тиждень принаймні протягом 3 міс за останніх 6 міс до встановлення діагнозу [25]:

- 1) печія або біль за грудниною;
- 2) нормальна ендоскопічна картина і відсутність доказів того, що причиною симптомів є еозинофільний езофагіт;

3) відсутність основних рухових розладів стравоходу (ахалазія кардії, дифузний езофагальний спазм, відсутність перистальтики, пневмоперфорація стравоходу);

4) наявність симптомів, незважаючи на нормальний час експозиції кислоти в стравоході, за даними добової рН-імпедансометрії стравоходу [10, 18].

Саме порушення моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту зумовлює рецидив виявів ФД. Зокрема, В. В. Чернявський (2018) у своїх дослідженнях виявив, що у пацієнтів із ФД через 1 міс після проведення ерадикації *Helicobacter pylori* та відміни антисекреторної терапії ІПП зберігається такий симптом, як відчуття постпрандіального переповнення, а також спостерігається тенденція до збільшення інтенсивності постпрандіального дискомфорту, а через 2 міс після завершення лікування у 75% відзначено повернення симптоматики до початкового рівня [16].

Золотим стандартом лікування ГЕРХ є антисекреторна терапія із застосуванням ІПП [9, 12]. Однак, незважаючи на значні успіхи, досягнуті у розробці стратегії і тактики лікування ГЕРХ за допомогою ІПП, деякі питання лікування ГЕРХ остаточно не вирішено, а результати терапії часто є незадовільними [5]. Близько 20–30% пацієнтів, насамперед з неерозивною рефлюксною хворобою (НЕРХ) і/або позастравохідними виявами, погано відповідають на терапію ІПП [23, 31].

Рефрактерними до терапії ІПП вважають осіб з відсутністю повного загоєння слизової оболонки стравоходу і/або незадовільним усуненням симптомів після проведення повного курсу лікування стандартною (1 раз на добу) дозою ІПП [4]. Близько 35% хворих, котрі приймають ІПП 1 раз на добу, не позбавляються симптомів повністю, 40–50% — не відповідають на стандартну дозу препаратів (1 раз на добу протягом 4–8 тиж) [15].

Саме тому, враховуючи патогенетичну роль моторних порушень стравоходу і шлунка, важливе місце в терапії поєднання ГЕРХ та ФД посідають прокінетики — препарати, які нормалізують моторику шлунково-кишкового тракту. Вважають, що препарати цієї групи мають впливати на спонтанне розслаблення фундального відділу та зниження евакуаторної функції антрального відділу шлунка [11]. Прокінетики впливають на моторику стравоходу, шлунка, а також ліквідують антиперистальтичні хвилі [3, 14]. До прокінетиків належать блокатори дофамінових ( $D_2$ ) та серотонінових (5-НТ<sub>3</sub>) рецепторів (метоклопрамід, домперидон), холінергічний агоніст (бетанехол) [8], агоніст 5-НТ<sub>4</sub>-рецепторів першого покоління (цизаприд) [2, 14], агоністи

5-НТ<sub>4</sub>-рецепторів другого покоління (мосаприд) [13], а також блокатор  $D_2$ -рецепторів дофаміну і блокатор ацетилхолінестерази (ітоприду гідрохлорид) [29].

Бетанехол — холінергічний агоніст, який вірогідно збільшує базальний тиск нижнього стравохідного сфінктера, посилює скорочення стравоходу, збільшує секрецію слини, зменшує явища гастроєзофагального рефлюксу, однак не впливає на евакуацію шлункового вмісту. Клінічне використання бетанехолу обмежене через значну кількість побічних явищ, насамперед підвищення секреції хлористоводневої кислоти, збільшення частоти розладів сечовипускання, розвитку бронхоспазму [27].

Використання цизаприду заборонено в багатьох країнах через його здатність спричинити таку побічну дію, як фатальне порушення ритму серця [24].

Мосаприд належить до агоністів 5-НТ<sub>4</sub>-рецепторів другого покоління. Більшість наукових досліджень були присвячені вивченню ефективності мосаприду при лікуванні ФД. У цих дослідженнях мосаприд мав переваги над плацебо, а також над фамотидином, цизапридом, метоклопрамідом і домперидоном [21, 28, 33]. Однак у дослідженнях впливу на гастроєзофагальний рефлюкс мосаприд виявив слабку антирефлюксну дію [35]. Зниження кількості гастроєзофагальних рефлюксів удалося досягти лише в дослідженні, в якому використовували подвійні терапевтичні дози мосаприду [34].

Домперидон є селективним антагоністом  $D_2$ -дофамінових рецепторів і на відміну від метоклопраміду не проникає крізь гематоенцефалічний бар'єр [3, 14, 20]. Завдяки таким фармакологічним властивостям домперидон краще переноситься і не спричиняє такі побічні явища, як порушення координації, уваги та пам'яті [3, 19]. До побічних дій належить загрубіння молочних залоз і можлива поява лактації у жінок [32]. Частота гіперпролактинемії при стандартному лікуванні становить 1,3%. Можливий розвиток екстрапірамідних розладів, але вони виникають, за даними клінічних досліджень, у 0,05% хворих. До менш значущих небажаних реакцій належать сухість у роті (1,9%), головний біль (1,2%), діарея (0,2%) і шкірні висипи (0,1%) [1].

Домперидон активує перистальтику антрального відділу шлунка та сприяє поліпшенню евакуаторної функції шлунка [26, 36], а також збільшує тонус нижнього стравохідного сфінктера [22].

В Україні домперидон згадано як засіб для стимуляції перистальтики (прокінетик) в «Уніфікованому клінічному протоколі первинної,

вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. ГЕРХ» (2013). Рекомендують призначати його за наявності порушень моторики гастроудодальної зони строком на 1–2 міс.

Для демонстрації ефективності використання домперидону в лікуванні ФД та ГЕРХ наводимо клінічні випадки.

### Клінічний випадок 1

На кафедрі внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова звернулася хвора Г., 1984 року народження, зі скаргами на печіння за грудниною, відригування повітрям із незначними домішками їжі. Крім того, хвора скаржилася на тяжкість в епігастрії після їди та швидке насичення незначною кількістю їжі. Печія виникала через 10–15 хв після їди (особливо після шоколадних виробів, кави та меду), а також при роботі у нахиленому стані.

Пацієнтка відзначила, що зазначені скарги спостерігались протягом півроку, і пов'язувала їх із перенесеною позалікарняною пневмонією, коли приймала значну кількість антибактеріальних препаратів.

Із анамнезу життя відомо, що працює швачкою на швейній фабриці, батько у віці 58 років помер від раку шлунка. Одружена, має доньку 3 років. Самостійно провела тестування на вагітність. Результат – негативний.

При об'єктивному обстеженні відзначено незначну болючість та напруження прямих м'язів живота під мечоподібним відростком.

*Попередній діагноз:* шлункова диспепсія не обстежена.

З огляду на анамнез життя та сімейний анамнез хворій проведено дихальний уреазний тест у клініко-діагностичній гастроентерологічній лабораторії Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, верхню ендоскопію та добовий езофаго-рН-моніторинг до початку лікування.

*Результати обстежень:* дихальний уреазний тест 1,7 – негативний.

Верхня ендоскопія: катаральні зміни нижньої третини стравоходу та вогнищева гіперемія антрального відділу шлунка.

Установлено, що загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів із внутрішньо-стравохідним рН < 4 (nW↑) становила 34 епізоди (10 вночі і 24 вдень) (рис. 1). Загальний відсоток часу із внутрішньошлунковим рН < 4 – 5,34 % (норма – до 4,0 %).

*Остаточний діагноз:* ГЕРХ, неерозивна форма. Функціональна шлункова диспепсія, пост-

прандіальний дистрес-синдром. *H. pylori* – негативний результат.

*Лікування.* Враховуючи поєднання функціональних моторних порушень шлунка та НЕРХ із помірним закисненням стравоходу переважно у денний період (дані добового езофаго-рН-моніторингу (див. рис. 1)) пацієнтці призначено домперидон («Мотиліум®») у дозі 10 мг тричі на добу за 15 хв до їди.

*Динаміка симптомів захворювання (7-ма доба).* На момент обстеження скарги відсутні. Пацієнтка відзначила, що зазначені симптоми зникли на 4-ту добу регулярного прийому домперидону. При пальпації живота патологічних змін не виявлено.

Для об'єктивної оцінки ефективності домперидону хворій призначено контрольний добовий езофаго-рН-моніторинг (рис. 2). Установлено, що загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів із внутрішньо-стравохідним рН < 4 (nW↑) зменшилася щодо показника попереднього дослідження і становила 12 епізодів (1 вночі та 11 удень). Також зменшився до норми загальний відсоток часу із внутрішньошлунковим рН < 4 (1,52 %).

Хворій запропоновано продовжити терапію домперидоном ще на 2 міс.

Таким чином, прокінетик «Мотиліум®» з діючою речовиною домперидон виявився ефективним як монотерапія при поєднанні функціональних моторних розладів шлунка та НЕРХ із помірним закисненням стравоходу як за клінічною ефективністю, так і за даними добового езофаго-рН-моніторингу.

### Клінічний випадок 2

На кафедрі внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова звернувся хворий К., 1963 року народження, зі скаргами на печіння за грудниною, осиплість голосу та періодичні напади кашлю. Крім того, пацієнт скаржився на тяжкість в епігастрії після їди та швидке насичення незначною кількістю їжі. Печія виникала за 10–15 хв після їди. Осиплість голосу спостерігалась у ранкові години. Приступи кашлю виникали вночі, а також під час роботи у нахиленому стані. Пацієнт відзначав, що зазначені скарги спостерігались протягом 3 років.

*Результати додаткових обстежень,* проведенних до консультації:

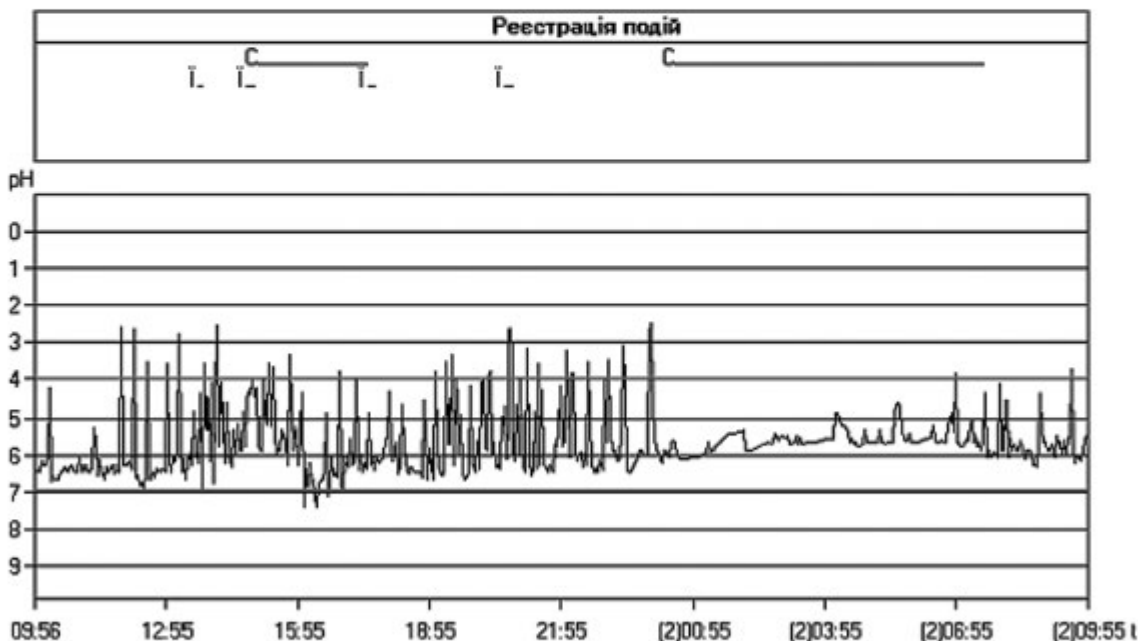
1. Верхня ендоскопія: Рефлюкс-езофагіт С за Лос-Анджелеською класифікацією, дуодено-гастральний рефлюкс жовчі.

2. Визначення сумарних антитіл до *H. pylori*: негативний результат.

**ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИЙ ВНУТРІШНЬОПОРОЖНИНИЙ  
рН-МОНІТОРИНГ**

Дата : 20.05.2004 р.      Час : початок - 09:56  
 ПІБ : Г. О. О.      N000859  
 Дата народження : 04.06.1984 р.      Стать : ж      Зріст : 170 см      Маса : 58 кг  
 Локус : oesophagus  
 Реєстрація - глибина : 34 см період : 8 сек. кількість : 11169      тривалість : 24 г. 49 хв. 12 сек.  
 Вихідні дані та події : **Діагноз:** ГЕРХ неерозивна форма (верхня ендоскопія від 20.05.2004), Н.р. – негат. (дих. уреазний тест від 13.05.2004). Функціональна шлункова диспепсія: постпрандіальний дисрес синдром.  
**Лікування:** Без ліків

**рН-ГРАМА**  
**Інтервал 09:56 - (2)09:55, кількість реєстрацій 10783**



**АНАЛІЗ рН-ГРАМИ (W рН - 4,00)**

рН	min	max	$\Delta$	V <sub>r</sub>	nW $\uparrow$	n1W $\uparrow$	X	$\sigma$	n <sub>c</sub>	Me	Mo
Доба	2,48	8,20	5,72	0,000	34	0	6,14	1,85	0,02	6,16	5,64
Ніч	2,48	6,88	4,40	0,001	10	0	5,76	2,85	0,04	5,72	5,64
День	2,56	8,20	5,64	0,000	24	0	6,37	2,43	0,03	6,44	6,60

Рис. 1. Добова езофаго-рН-грама хворої Г. до початку лікування

3. Спірографія: показники прохідності бронхів у межах вікової норми.

4. Рентгенографія органів грудної клітки: без патологічних змін.

**Остаточний діагноз:** ГЕРХ, ерозивна форма, рефлюкс-езофагіт С (за даними верхньої ендоскопії) із позастравохідними виявами. Функціональна шлункова диспепсія: постпрандіальний дистрес-синдром. *H. pylori* – негативний результат.

З огляду на наявність симптомів атипичного вияву ГЕРХ (осиплість голосу та кашель), паці-

єнту призначено добовий езофаго-рН-моніторинг (рис. 3). Установлено, що загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів із внутрішньоштравохідним рН < 4 (nW $\uparrow$ ) становила 266 епізодів (14 вночі і 252 удень). У хворого діагностовано кислотні гастроєзофагеальні рефлюкси із внутрішньоштравохідним рН < 4 тривалістю понад 5 хв (n1W $\uparrow$ ) – 5 вночі та 8 удень, тоді як у нормі такі рефлюкси відсутні. Загальний відсоток часу із внутрішньошлунковим рН < 4 становив 34,37 % (норма – до 4,0 %).



**ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИЙ ВНУТРІШНЬОПОРОЖНИННИЙ  
рН-МОНІТОРИНГ**

Дата : 27.05.2004 р.      Час : початок - 10:29

ПІБ : Г. О. О.

N000859

Дата народження : 04.06.1984 р.

Стать : ж

Зріст : 170 см

Маса : 58 кг

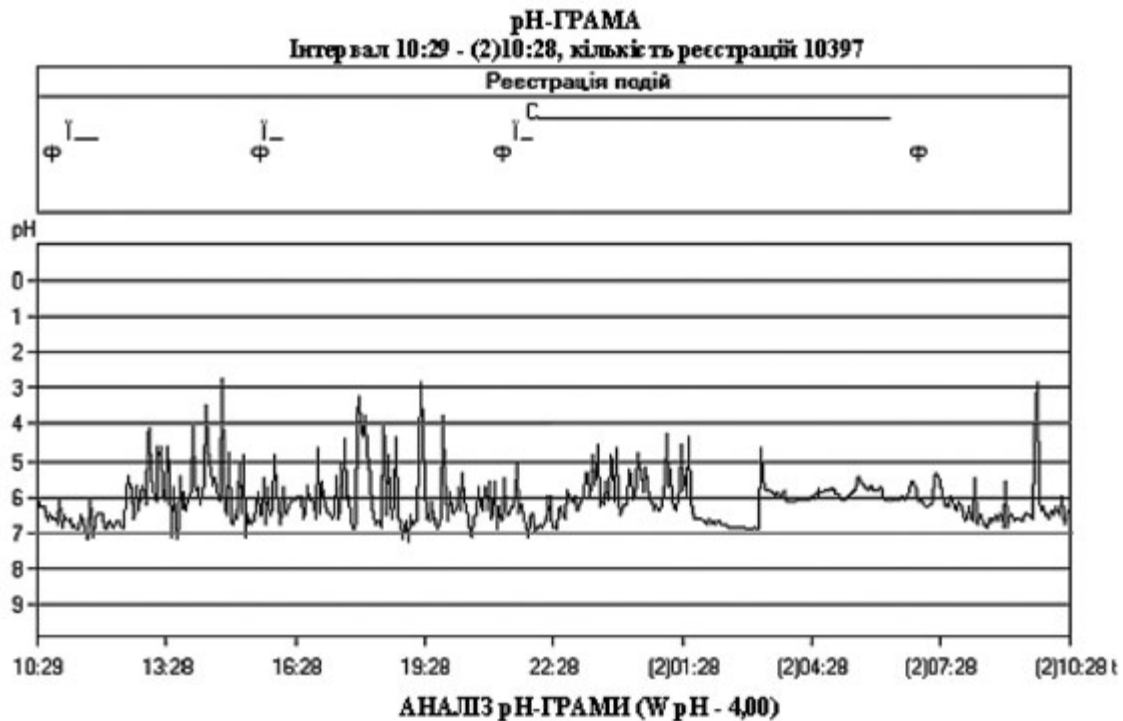
Локус : oesophagus

Регістрація - глибина : 34 см період : 8 сек. кількість : 11169 тривалість : 24 г. 49 хв. 12 сек.

Вихідні дані та події : **Діагноз:** ГЕРХ неерозивна форма (верхня ендоскопія від 20.05.2004), Н.р.

– негат. (дих. уреазний тест від 13.05.2004). Функціональна шлункова диспепсія: постпрандіальний дисрес синдром.

Лікування: Домперидон 10мг о 11:00,15:50,21:30 - 7 доба



рН	min	max	Δ	V <sub>t</sub>	nW↑	nIW↑	X	σ	m <sub>h</sub>	Me	Mo
Доба	1,72	7,64	5,92	0,000	12	0	6,44	1,98	0,02	6,60	6,84
Ніч	1,72	7,48	5,76	0,002	1	0	6,18	3,22	0,03	6,20	6,04
День	2,76	7,64	4,88	0,000	11	0	6,57	2,51	0,03	6,68	6,84

Рис. 2. Добова езофаго-рН-грама хворої Г. на 7-му добу лікування

У нічний період (з 22:00 до 07:00) у хворого 52,8% часу внутрішньоштравохідний рН був менше 4. Закиснення стравоходу і повільний його кліренс у нічний період, що видно на рН-грамі (на рис. 3 виділено овалом на графіку), пояснювали виникнення осиплості голосу вранці та нападів кашлю вночі.

**Лікування.** Хворому призначено пантопразол у дозі 40 мг 1 раз на добу за 30 хв до їди.

**Динаміка симптомів захворювання (7-ма доба).** На момент обстеження спостерігали позитивну

динаміку лікування. Пацієнт відзначав відсутність нападів кашлю та поліпшення голосу вранці. Однак зберігалися скарги на печію після їди і тяжкість в епігастральній ділянці. При пальпації живота патологічних змін не виявлено.

Для оцінки антирефлюксної ефективності пантопразолу хворому виконано контрольний добовий езофаго-рН-моніторинг (див. рис. 4). Установлено, що загальна кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів із внутрішньоштравохідним рН < 4 (nW↑) зменшилася щодо показни-

## ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИЙ ВНУТРІШНЬОПОРОЖНИННИЙ рН-МОНІТОРИНГ

Дата : 29.11.2005 р. Час : початок - 09:24

ПІБ : К. В. П.

N 001145

Дата народження : 23.01.1963 р.

Стать : ч

Зріст : 178 см

Маса : 100 кг

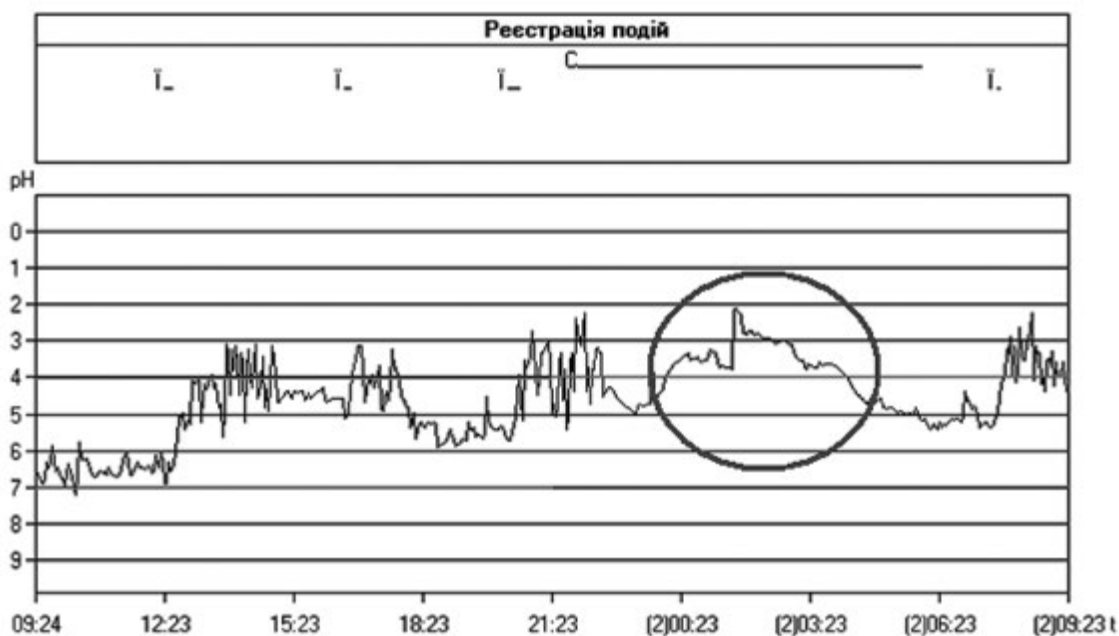
Локус : oesophagus

Регстрація - глибина : 35 см період : 8 сек. кількість : 10835 тривалість : 24 г. 04 хв. 40 сек.

Вихідні дані та події : **Діагноз**: ГЕРХ ерозивна форма, **рефлюкс-езофагіт С** (верхня ендоскопія від 23.11.2005), **Нр.** – **негат.** (сумарні антитіла до **Н.pylori** від 23.11.2005). Функціональна шлункова диспепсія: **постпрандіальний дисрес синдром**.

Лікування: Без ліків

### рН-ГРАМА Інтервал 09:24 - (2)09:23, кількість реєстрацій 10800



### АНАЛІЗ рН-ГРАМИ (W рН - 4,00)

рН	мін	мак	Δ	V <sub>t</sub>	nW↑	nIW↑	X	σ	m <sub>x</sub>	Me	Mo
Доба	1,40	7,84	6,44	0,001	266	13	4,55	1,36	0,01	4,55	4,22
Ніч	1,84	5,64	3,80	0,002	14	5	4,02	1,9	0,03	3,88	3,64
День	1,40	7,84	6,44	0,001	252	8	4,87	1,85	0,02	4,80	4,40

Рис. 3. Добова езофаго-рН-грама хворого К. до початку лікування

ка попереднього дослідження і становила 109 епізодів (31 вночі та 78 удень), однак була більше норми. У хворого також зменшилася кількість гастроезофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв (nIW↑) до 4 (лише у нічний період), однак була вище за норму (на рис. 4. виділено овалом на графіку). Зменшився загальний відсоток часу із внутрішньошлунковим рН < 4 (7,03%), але досяг норми (норма – до 4,0%).

**Коригування лікування.** Через недостатню ефективність пантопразолу, особливо у нічний період,

порушення моторики стравоходу у вигляді повільного його очищення від кислотного гастроезофагеального рефлюксу, а також збереження симптомів ФД, прийнято рішення про використання у схемі лікування домперидону («Мотиліум®») у дозі 10 мг тричі на добу за 15 хв до їди.

**Динаміка симптомів захворювання (14-та доба).** Стан хворого задовільний. Скарги відсутні. Пацієнт відзначив, що на 3-тю добу додавання домперидону до лікування пантопразолом зникла зазначена симптоматика.

**ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИЙ ВНУТРІШНЬОПОРОЖНИННИЙ  
рН-МОНІТОРИНГ**

Дата : 06.12.2005 р. Час : початок - 09:58

ПІБ : К. В. П.

N 001145

Дата народження : 23.01.1963 р.

Стать : ч

Зріст : 178 см

Маса : 100 кг

Локус : oesophagus

Регистрація - глобула : 35 см період : 8 сек кількість : 10835 тривалість : 24 г. 04 хв. 40 сек.

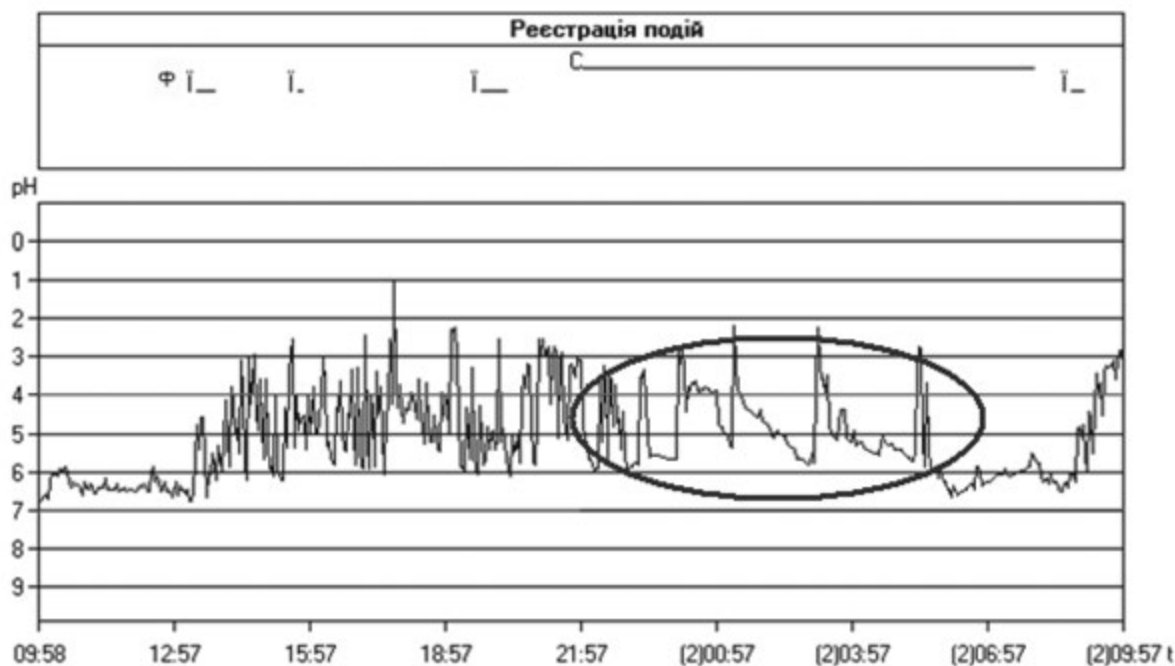
Вихідні дані та лодії: **Діагноз:** ГЕРХ ерозивна форма, **рефлюкс-езофагіт С** (верхня ендоскопія від 23.11.2005), Н.р. – негат. (сумарні антитіла до *H. pylori* від 23.11.2005).

Функціональна шлункова диспепсія: постпрандіальний дисрес синдром

Лікування: Пантопразол 40 мг x1 раз в день – 7 доба лікування

**рН-ГРАМА**

Інтервал 09:58 - (2)09:57, кількість реєстрацій 10800



**АНАЛІЗ рН-ГРАМИ (W рН - 4,00)**

рН	min	max	$\Delta$	$V_t$	nW $\uparrow$	n1W $\uparrow$	X	$\sigma$	$m_x$	Me	Mo
Доба	1,00	7,28	6,28	0,003	109	4	5,57	1,67	0,02	5,72	6,00
Ніч	2,20	6,76	4,56	0,003	31	4	5,28	2,60	0,04	5,44	5,56
День	1,00	7,28	6,28	0,003	78	0	5,75	2,19	0,03	5,96	6,08

Рис. 4. Добова езофаго-рН-грама хворого К. на 7-му добу лікування

Для об'єктивної оцінки ефективності комбінації пантопразолу та домперидону хворому призначено контрольний добовий езофаго-рН-моніторинг (рис. 5). Установлено, що загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів із внутрішньошлунковим рН < 4 (nW $\uparrow$ ) зменшилася щодо показника попереднього дослідження і становила 8 епізодів (0 вночі та 8 удень), зникли кислотні гастроєзофагеальні

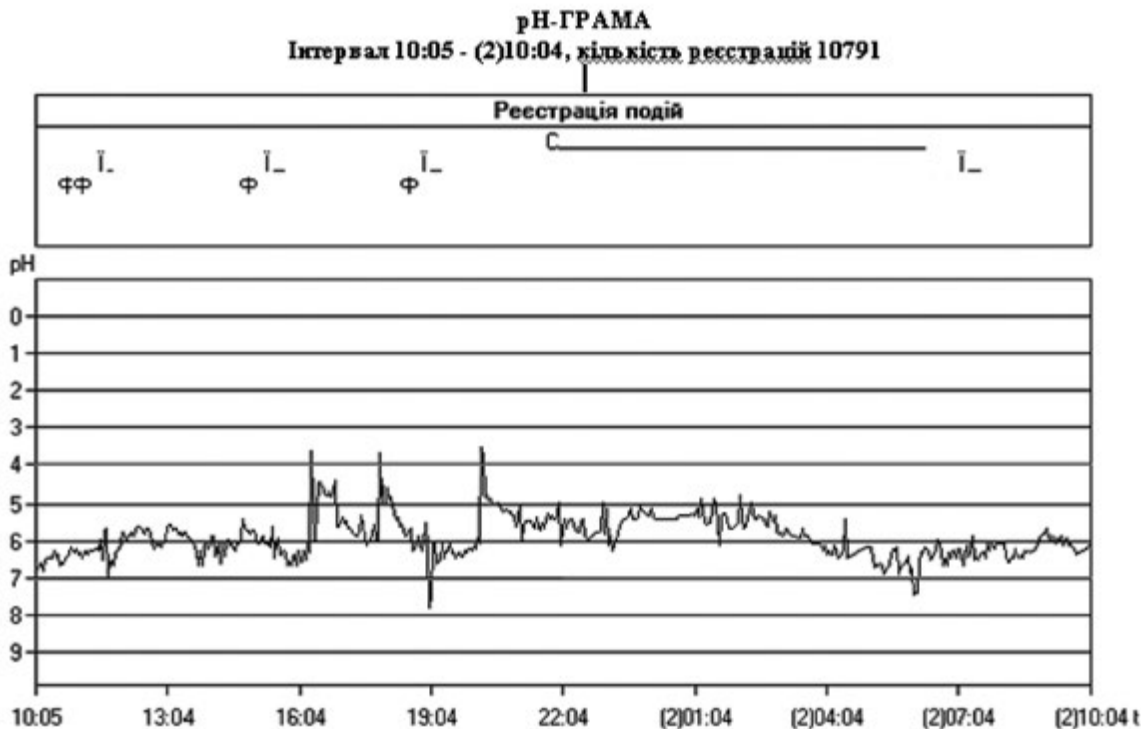
рефлюкси тривалістю понад 5 хв (n1W $\uparrow$ ). Зменшився до норми загальний відсоток часу із внутрішньошлунковим рН < 4 (0,11 %).

Хворому запропоновано продовжити терапію пантопразолом та домперидоном ще на 2 міс.

Таким чином, прокінетик «Мотиліум®» з діючою речовиною домперидон, виявився ефективним при корекції таких моторних розладів стравоходу, як сповільнений кліренс, та поєд-

**ЕЗОФАГОГА СТРОДУОДЕНАЛЬНИЙ ВНУТРІШНЬ ОПОРОЖНИЙНИЙ  
рН-МОНІТОРИНГ**

Дата : 07.12.2005 р. Час : початок - 10:05  
 ПІБ : К. В. П. N001145  
 Дата народження : 23.01.1963 р. Стать : ч Зріст : 178 см Маса : 100 кг  
 Локус : oesophagus Реєстрація - глибина : 35 см період : 8 сек кількість : 10835 тривалість : 24 г. 04 хв. 40 сек  
**Вихідні дані та леді:** Діагноз: ГЕРХ ерозивна форма, рефлюкс-езофагіт С (верхня ендоскопія від 23.11.2005), Н.р. – негат. (сумарні антитіла до Н.pylori від 23.11.2005). Функціональна шлункова диспепсія: постпрандіальний дисрес синдром.  
**Лікування:** Пантопрозол - 40мг об11:00, Домперидон -10мг о11:20, 15:10,18:45. – 14 доба прийому пантопрозолу та 7 доба домперидону.



**АНАЛІЗ рН-ГРАМИ (W рН - 4,00)**

рН	min	max	$\Delta$	$V_t$	nW↑	n1W↑	X	$\sigma$	$m_x$	Me	Mo
Доба	3,52	8,44	4,92	0,001	8	0	6,11	1,83	0,02	6,16	6,40
Ніч	4,76	7,52	2,76	0,000	0	0	5,97	2,95	0,05	5,88	5,44
День	3,52	8,44	4,92	0,001	8	0	6,19	2,36	0,03	6,28	6,52

Рис. 5. Добова езофаго-рН-грама хворого К. на тлі лікування пантопрозолом і домперидоном на 7-му добу

нанні функціональних моторних порушень шлунка з ерозивною формою ГЕРХ за недостатньої антирефлюксної ефективності ІПП.

**Висновки**

Завдяки особливостям фармакокінетики та фармакодинаміки домперидон («Мотиліум®») ефективно усуває клінічні вияви функціональної шлункової диспепсії.

Монотерапія препаратом «Мотиліум®» з діючою речовиною домперидон у дозі 10 мг тричі на добу — ефективна у хворих з поєднанням неерозивної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби і шлункової диспепсії та наявності (за даними добового езофаго-рН-моніторингу) патологічних кислотних рефлюксів тривалістю менше ніж 5 хв.

У хворих на ерозивну форму гастроезофагеальної рефлюксної хвороби тяжкого ступеня



(С, D) у поєднанні із виявами шлункової диспепсії додавання домперидону в дозі 10 мг тричі на добу до стандартної терапії інгібіторами протон-

ної помпи ефективно усуває як клінічну симптоматику виявів диспепсії, так і патологічний нічний кислотний гастроєзофагеальний рефлюкс.

*Роботу виконано за підтримки ТОВ «Джонсон і Джонсон Україна».*

*Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, написання тексту — І. П., С. З.; збір та обробка матеріалу — С. К., І. Ч.; редактування — І. П., І. Ч.*

## Список літератури

- Архипов В. В., Сереброва С. Ю. Безопасность применения прокинетиков в практике терапевта на примере домперидона (Мотилака) // Рус. мед. журн. — 2007. — Т. 15, № 16. — С. 1218.
- Дегтярева И. И., Скрыпник И. Н. Роль и место лансопризола и цизаприда в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Сучасна гастроентерол. — 2002. — № 1 (7). — С. 59—61.
- Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение. — М.: Трида Х, 2000. — 180 с.
- Лазебник Л. Б., Бордин Д. С., Машарова А. А. и др. Факторы, влияющие на эффективность лечения ГЭРБ ингибиторами протонной помпы // Тер. архив. — 2012. — № 2. — С. 16—21.
- Маев И. В., Кучерявый Ю. А. Достижения в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Фарматека. — 2007. — № 2. — С. 49—52.
- Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Д. Н. Клиническое значение синдрома «перекреста» функциональной диспепсии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2013. — № 5. — С. 17—22.
- Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Д. Н., Кочетов С. А. Дифференцированная тактика лечения синдрома функциональной диспепсии // Мед. совет. — 2012. — № 9. — С. 13—20.
- Маев И. В., Самсонов А. А., Одинцова А. Н. и др. Перспективы применения нового прокинетика с двойным механизмом действия в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Фарматека. — 2009. — № 2. — С. 1—5.
- Палій І. Г., Зайка С. В. Деякі аспекти лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби // Укр. тер. журн. — 2005. — № 4. — С. 71—76.
- Пасечников В. Д., Пасечников Д. В. Как добиться максимальной эффективности медикаментозной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Фарматека. — 2008. — № 13. — С. 68—72.
- Передерій В. Г., Чернявський В. В. Изжога. Опасно ли это? Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, пищевода Барретта и предупреждение рака пищевода в вопросах и ответах гастроэнтеролога врачу общей практики и пациенту. — Луганск: ЛОТ, 2004. — 170 с.
- Передерій В. Г., Кузенко Ю. Г., Чернявський В. В. Мозливість відеокапсульної ендоскопії в діагностиці порушень моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту // Наук. вісн. — 2010. — № 4. — С. 158—163.
- Степанов Ю. М., Будзак И. Я. Использование «Мосида МТ» (мосаприда) при патологии пищеварительного канала // Сучасна гастроентерол. — 2008. — 3 (41). — С. 64—69.
- Фадеев Г. Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эволюция наших представлений // Сучасна гастроентерол. — 2001. — № 4 (6). — С. 16—20.
- Філіппов Ю. О. Диагностика та лікування захворювань травного каналу з позицій доказової медицини // Гастроентерологія. — 2008. — № 6. — С. 187.
- Чернявський В. В. Науково-практичне обґрунтування неінвазивних діагностично-лікувальних підходів при захворюваннях езофагогастроудоденальної зони, печінки, підшлункової залози та кишки: Автореф. дис. ... д. мед. н. — К., 2018. — 32 с.
- Шептулин А. А., Визе-Хрипунова М. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и функциональные заболевания ЖКТ // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2010. — Т. 20, № 4. — С. 44—48.
- Aziz Q., Fass R., Gyawali C. P., Miwa H. et al. Esophageal disorders // Gastroenterol. — 2016. — Vol. 150. — P. 1368—1379.
- Barone J. A. Domperidone: a peripherally acting dopamine 2-receptor antagonist // Ann. Pharmacother. — 1999. — N 33 (4). — P. 429—440.
- Brown T. E., Fernandes P. A., Grant L. J. et al. Effect of parity on pituitary prolactin response to metoclopramide and domperidone: implications for the enhancement of lactation // J. Soc. Gynecol. Investig. — 2000. — N 7 (1). — P. 65—69.
- Chen S. Y., Wang J. Y., Zhu C. W. A randomized controlled Multi-center clinical trial on mosapride in the treatment of functional dyspepsia // Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. — 2004. — Vol. 25. — P. 165—168.
- De Caestecker J. Prokinetics and reflux: a promise unfulfilled // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2002. — N 14 (1). — P. 5—7.
- Dean B. B., Gano Jr. A. D., Knight K. et al. Effectiveness of proton pump inhibitors in nonerosive reflux disease // Glin. Gastroenterol. Hepatol. — 2004. — Vol. 2. — P. 656—664.
- Drolet B., Rousseau G., Daleau P. et al. Domperidone should not be considered a no-risk alternative to cisapride in the treatment of gastrointestinal motility disorders // Circulation. — 2000. — Vol. 17, N 102. — P. 1883—1885.
- Drossman D. A., Hasler W. L. Rome IV Functional GI Disorders of Gut-Brain Interaction // Gastroenterol. — 2016. — Vol. 150. — P. 1257—1261.
- Frangese A., Borrelli O., Corrado G. et al. Domperidone is more effective than cisapride in children with diabetic gastroparesis // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2002. — N 16 (5). — P. 951—957.
- Hasler W. L. Disorders of gastric emptying // Textbook of gastroenterology. — 2002. — P. 1341—1369.
- Hiyama T., Yoshihama M., Matsuo K. et al. Meta-analysis of the effects of prokinetic agent in patients with functional dyspepsia // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 2. — P. 304—310.
- Holtman G., Talley N. J., Libgrets T. et al. A placebo-controlled trial of itopride in functional dyspepsia // N. Engl. J. Med. — 2006. — N 354. — P. 832—840.
- Keohane J., Quigley E. M. Functional dyspepsia and nonerosive reflux disease: clinical interactions and their implications // Med. Gen. Med. — 2007. — Vol. 9 (3). — P. 31.
- Liker H. R., Ducrotter P., Malfertheiner P. Unmet medical needs among patients with gastroesophageal reflux disease: a foundation for improving management in primary care // Dig. Dis. — 2009. — Vol. 27. — P. 62—67.
- Lu F., Wu H., Zhang K., Li D. Domperidone and hyperprolactinemia // Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao. — 1998. — N 23 (1). — P. 100—102.
- Otaka M., Jin M., Odashima M. et al. New strategy of therapy for functional dyspepsia using famotidine, mosapride and amitriptyline // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2005. — Vol. 21 (suppl. 2). — P. 42—46.
- Ruth M., Finizia C., Cange L., Lundell L. The effect of mosapride on esophageal motor function and acid reflux in patient with gastro-oesophageal reflux disease // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2003. — Vol. 15. — P. 1115—1121.
- Ruth M., Hamelin B., Rohss K. The effect of mosapride, a novel prokinetic, on acid reflux variables in patient with gastro-oesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. — 1998. — Vol. 12. — P. 35—40.
- Veldhuyzen van Zanten S. J., Jones M. J., Verlinden M., Talley N. J. Efficacy of cisapride and domperidone in functional (nonulcer) dyspepsia: a meta-analysis // Am. J. Gastroenterol. — 2001. — N 96 (3). — P. 689—696.

И. Г. Палий, С. В. Заика, С. П. Колесник, И. В. Чернова  
Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

## Место домперидона в лечении коморбидной патологии пищевода и желудка (случаи из клинической практики)

Приблизительно 20 % пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) имеют клинические симптомы синдрома функциональной желудочной диспепсии, 20—30 % больных, в первую очередь с неэрозивной рефлюксной болезнью и/или внепищеводными проявлениями ГЭРБ, плохо отвечают на терапию ингибиторами протонной помпы. Считают, что это связано с нарушениями моторики пищевода и желудка, что является патогенетическим обоснованием использования прокинетиков при лечении коморбидной патологии пищевода и желудка. Приведены два клинических случая эффективного использования домперидона («Мотилиум®») для лечения неэрозивной и эрозивной формы ГЭРБ в сочетании с функциональной диспепсией, проиллюстрированные результатами суточного эзофаго-pH-мониторинга.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ГЭРБ, функциональная желудочная диспепсия, суточный эзофаго-pH-мониторинг, домперидон, препарат «Мотилиум®».

I. G. Palii, S. V. Zaika, S. P. Kolisnyk, I. V. Chernova  
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

## The place of domperidone in the treatment of comorbid pathology of esophagus and stomach (a clinical case)

It has been established that around 20 % of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) have clinical symptoms of the functional gastric dyspepsia, and 20—30 % of patients with predominantly non-erosive reflux disease and/or extra-esophageal GERD manifestations, have a poor response to the therapy with proton pump inhibitors. Such effects are considered to be associated with the disorders of the esophageal and gastric motility, thus giving the substantiation for the use of prokinetics in the treatment of comorbid pathology of esophagus and stomach. Two clinical cases have been presented regarding the effective use of domperidone (*Motilium*®) for the treatment of nonerosive and erosive GERD forms in combination with the functional dyspepsia, illustrated with the results of 24-hours esophago-pH-monitoring.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, GERD, functional gastric dyspepsia, of 24-hours esophago-pH-monitoring, domperidone, *Motilium*®. □

---

### Контактна інформація

Палій Ірина Гордіївна, д. мед. н., проф.  
21027, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56  
Тел. (432) 67-16-53. E-mail: prof.iryna@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 27 листопада 2018 р.