

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГАНАТОНА (ИТОПРИДА ГИДРОХЛОРИДА) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, А.С. Трухманов

Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ММА им. И.М. Сеченова

*Изучалась эффективность Ганатона (итоприда гидрохлорида) в лечении 509 больных функциональной диспепсией (ФД). Выраженность симптомов оценивалась по балльной системе. При этом отмечено частое сочетание ФД с изжогой, тошнотой, метеоризмом, нарушениями функции кишечника. Применение Ганатона в дозе 150 мг в сутки в течение 4 недель способствовало полному исчезновению жалоб у 46,6 % больных, достоверному уменьшению их выраженности – у 47,8 % пациентов. Переносимость препарата была хорошей, серьезных побочных эффектов не наблюдалось.*

**Ключевые слова:** функциональная диспепсия, прокинетики, итоприда гидрохлорид

### Введение

В соответствии с Римскими критериями III (2006) функциональная диспепсия (ФД) определяется как комплекс клинических симптомов (боли или ощущение жжения в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области после еды и раннего насыщения), возникших не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза и отмечающихся в течение последних 3 месяцев [11]. Диагноз ФД ставится после исключения заболеваний, входящих в группу органической диспепсии: язвенной болезни, поражений желудка, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС-гастропатии), опухолей желудка и др.

В зависимости от преобладания у больных ФД тех или иных симптомов выделяют два варианта заболевания: синдром боли в эпигастриальной области (прежнее название – язвенноподобный вариант) и постпрандиальный дистресс-синдром (прежнее название – дискинетический вариант). При синдроме боли в эпигастриальной области больные жалуются на периодические боли или чувство жжения в подложечной области, возникающие не реже 1 раза в неделю и не связанные с актом дефекации. Постпрандиальный дистресс-синдром характеризуется жалобами на чувство тяжести и переполнения в подложечной области после еды, а также раннее насыщение, возникающее несколько раз в неделю.

Большое значение в патогенезе ФД имеют нарушения моторики желудка

и двенадцатиперстной кишки: ослабление моторики антрального отдела с нарушением эвакуаторной функции желудка, расстройства аккомодации, нарушения антродуоденальной координации [10]. Это послужило основанием для широкого применения для лечения больных ФД прокинетиков – препаратов, регулирующих двигательную функцию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и различающихся по механизму действия [1]. Мета-анализ 14 исследований, включивших 1053 больных ФД, свидетельствовал о высокой эффективности прокинетиков в лечении этого заболевания (61 %), значительно превысившей эффективность плацебо (41 %). Показатель NNT (число больных, которых нужно пролечить, чтобы у одного пациента исчезли жалобы) при лечении прокинетиками оказался равным 4 [8].

Стимулирующее влияние на моторику верхних отделов ЖКТ могут оказывать агонисты холинергических рецепторов (карбахолин, физостигмин), агонисты 5-НТ4-рецепторов (цизаприд, тегасерод), агонисты мотилиновых рецепторов (эритромицин), антагонисты дофаминовых рецепторов (метоклопрамид, домперидон) и др. Однако в реальной клинической практике карбахолин и физостигмин, а также эритромицин (как прокинетик) не применяются из-за выраженных побочных эффектов. Также признано нецелесообразным использование агонистов 5-НТ4-рецепторов: цизаприда – из-за кардиотоксического действия (удли-

нение интервала Q-T, желудочковые аритмии), тегасерода – из-за повышения на фоне его приема риска развития инфаркта миокарда.

В настоящее время в качестве прокинетиков чаще всего применяются антагонисты дофаминовых рецепторов (метоклопрамид, домперидон) и новый прокинетический препарат с комбинированным механизмом действия – Ганатон (итоприда гидрохлорид).

Фармакологические эффекты метоклопрамида и домперидона связаны с блокадой дофаминовых рецепторов. Эти препараты повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливают сократительную способность желудка и препятствуют его релаксации, ускоряют эвакуацию из желудка, улучшают антродуоденальную координацию, оказывают противорвотное действие.

Наиболее значимыми побочными эффектами при применении метоклопрамида служат экстрапирамидные нарушения (мышечный гипертонус, спазм лицевой мускулатуры, гиперкинезы), нежелательные проявления со стороны центральной нервной системы (головная боль, головокружение, сонливость, беспокойство, депрессия и др.), а также гормональный эффект (гиперпролактинемия, галакторея, нарушения менструального цикла, гинекомастия). При применении метоклопрамида указанные побочные эффекты встречаются достаточно часто (до 10–20 %), особенно в педиатрической практике, а также у лиц

пожилого и старческого возраста [7]. При применении домперидона данные побочные эффекты встречаются реже и выражены в меньшей степени [2].

Ганатон (международное название – итоприда гидрохлорид) является новым прокинетиком с комбинированным механизмом действия (ganaton – своеобразная аббревиатура от “gastric natural tone”, т. е. восстанавливающий нормальный тонус желудка).

Препарат обладает минимальной способностью проникать через гематоэнцефалический барьер в центральную нервную систему, включая головной и спинной мозг. Итоприда гидрохлорид метаболизируется флавиновзависимой монооксигеназой и не обладает ингибирующим или стимулирующим действием на ферменты CYP2C19 или CYP2E1. Это позволяет избежать нежелательного лекарственного взаимодействия при приеме лекарственных препаратов, метаболизирующихся ферментами системы цитохрома P450.

Итоприда гидрохлорид является одновременно антагонистом дофаминовых рецепторов и блокатором ацетилхолинэстеразы. Препарат активирует освобождение ацетилхолина и препятствует его деградации.

Как показали экспериментальные и клинические исследования, итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику желудка и ускоряет его опорожнение. Кроме того, препарат оказывает противорвотный эффект, которой реализуется благодаря взаимодействию с D<sub>2</sub>-дофаминовыми хеморецепторами триггерной зоны.

Ганатон широко применяется за рубежом (прежде всего в Германии, Японии) для лечения больных ФД. Однако опыт его использования в России пока еще невелик. Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения Ганатона при лечении больных ФД.

## Материал и методы

В исследование были включены 509 пациентов в возрасте от 18 до 83 лет, соответствовавших Римским критериям III ФД. При этом у 45 (8,5 %) больных был диагностирован синдром боли в эпигастрии, у 308 (60,8 %) –

постпрандиальный дистресс-синдром, у 156 (30,7 %) – сочетание обоих вариантов ФД.

Кроме того, у больных оценивалась частота других клинических симптомов (тошноты, отрыжки, изжоги, регургитации), прежде включавшихся в синдром диспепсии, но в настоящее время рассматривающихся в рамках других гастроэнтерологических заболеваний, а также клинических симптомов, входящих в синдром раздраженного кишечника: метеоризма, диареи, запоров, чередования запоров и диареи.

Выраженность отмечавшихся у больных клинических симптомов определялась с помощью балльной шкалы, при этом оценка “0” означала отсутствие данного клинического симптома, оценки “1”, “2” и “3” – соответственно слабую, умеренную и значительную его выраженность.

Диагноз ФД, равно как и других сопутствующих функциональных расстройств ЖКТ, устанавливался на основании тщательного обследования, свидетельствующего об отсутствии у больных изменений в клинических и биохимических анализах крови, со стороны органов пищеварения при гастродуодено-, колоноскопии и ультразвуковом исследовании брюшной полости, а также т. н. симптомов тревоги (лихорадки, признаков желудочно-кишечного кровотечения, немотивированного похудения и др.).

После установления диагноза больным назначался итоприда гидрохлорид в дозе 50 мг 3 раза в сутки в течение 4 недель. На фоне проводившейся терапии в динамике (соответственно через 1, 2, 3 и 4 недели лечения) фиксировалось изменение общего состояния больных, отмечалась их приверженность к лечению (частота преждевременного прекращения приема препарата). Кроме того, после окончания терапии вновь проводилась оценка выраженности клинических симптомов в баллах. Продолжительность достигнутого эффекта оценивалась через 1 и 2 недели после окончания лечения.

## Результаты

В общей сложности исследование закончили 497 больных (203 мужчины

и 294 женщины). Частота основных симптомов ФД (ощущения тяжести в подложечной области, раннего насыщения, болей и чувства жжения в эпигастрии) оказалась следующей.

Ощущение тяжести в подложечной области после еды отмечено у 389 (76,4 %) пациентов; при этом средняя интенсивность симптома составила  $1,9400 \pm 0,0503$  балла. Раннее насыщение наблюдалось у 277 (54,4 %) больных, причем его средняя интенсивность оказалась равной  $1,3600 \pm 0,0225$  балла. Боли в эпигастрии выявлены у 201 (39,5 %) пациента, их средняя интенсивность была сравнительно невысокой ( $0,86 \pm 0,050$  балла). Чувство жжения в эпигастриальной области испытывали 153 (30,1 %) больных. Его средняя интенсивность составила  $0,6200 \pm 0,0401$  балла.

У наблюдавшихся больных ФД часто выявлялись другие гастроэнтерологические жалобы. Так, тошнота имела место у 53,1 % пациентов; ее средняя интенсивность оказалась равной  $1,0600 \pm 0,0483$  балла. Изжога отмечена у 52,9 % больных; ее средняя интенсивность составила  $1,0900 \pm 0,0523$  балла. Жалобы на отрыжку и регургитацию предъявили 65,7 и 13,2 % больных соответственно (средняя интенсивность симптомов составила  $1,460 \pm 0,0586$  и  $0,2300 \pm 0,0288$  балла соответственно). Метеоризм наблюдался у 60,4 % пациентов; его средняя интенсивность оказалась равной  $1,4100 \pm 0,0565$  балла. Расстройства стула (запоры, диарея, чередование запоров и диареи) отмечено у 36,5 % больных. Их средняя интенсивность составила  $0,5500 \pm 0,0435$  балла.

Через неделю после начала лечения 89,8 % пациентов отметили улучшение своего состояния, причем у 3 % больных жалобы исчезли полностью. Через 2 недели практически у всех (98,8 %) пациентов наблюдалось дальнейшее улучшение состояния, жалобы полностью отсутствовали у 10,5 % больных. Через 3 недели лечения дальнейшего улучшения состояния отметили 97,2 %, а полное исчезновение жалоб было достигнуто у 30 % пациентов. В целом после окончания 4-недельного курса терапии жалобы полностью исчезли у 199 из 429 (46,4 %) паци-

ентов, значительное улучшение отметили 205 (47,8 %), незначительное – 23 (5,4 %) больных.

Через 4 недели приема Ганатона тяжесть в эпигастральной области после еды полностью исчезла у 198 из 349 (56,7 %), пациентов, у которых до начала лечения отмечен данный клинический симптом, чувство раннего насыщения – у 202 из 277 (72,9 %), боли в эпигастральной области – у 150 из 201 (74,6 %), чувство жжения в подложечной области – у 102 из 153 (66,7 %), тошнота – у 224 из 269 (83,3 %), изжога – у 178 из 268 (60,4 %), отрыжка – у 160 из 333 (48,1 %), регургитация (срыгивание) – у 59 из 67 (88,1 %), метеоризм – у 170 из 311 (54,7 %), расстройства стула (запоры, диарея, чередование диареи и запоров) – у 90 из 185 (48,7 %) больных.

В группе больных, у которых после лечения сохранялись жалобы, выраженность их значительно уменьшилась. Так, из 151 больного с сохранившимся ощущением тяжести после еды выраженность его у 9 пациентов оказалась умеренной, у остальных больных – слабой. Средняя интенсивность этого симптома уменьшилась с  $1,9400 \pm 0,0503$  до  $0,3200 \pm 0,0225$  балла (т. е. на  $1,6200 \pm 0,0467$ ; 95 % доверительный интервал [ДИ] – 1,53–1,71;  $p < 0,001$ ).

Из 75 больных, у которых сохранялись жалобы на раннее насыщение, у 6 оно было умеренно, а у 68 – слабо выраженным. Средняя интенсивность данного симптома на фоне терапии Ганатоном уменьшилась с  $1,3600 \pm 0,0527$  до  $0,1700 \pm 0,0187$  балла (т. е. на  $1,1900 \pm 0,0503$ ; 95 % ДИ – 1,09–1,29;  $p < 0,001$ ).

Из 51 больного с сохранившимися после лечения болями в эпигастрии у 7 боли были умеренно, а у 44 – слабо выраженными. Средняя интенсивность болей снизилась с  $0,86 \pm 0,05$  до  $0,1200 \pm 0,0162$  балла (на  $0,7400 \pm 0,0458$ ; 95 % ДИ – 0,65–0,87;  $p < 0,001$ ).

После лечения чувство жжения в подложечной области сохранилось также у 51 пациента. Его средняя интенсивность уменьшилась с  $0,6200 \pm 0,0401$  до  $0,1100 \pm 0,0144$  балла (на  $0,5100 \pm 0,0405$  балла; 95 % ДИ – 0,43–0,59;  $p < 0,001$ ).

Из 45 больных, у которых сохранились жалобы на тошноту, у 6 она была умеренно и еще у 6 больных – слабо выраженной. Средняя интенсивность тошноты уменьшилась с  $1,000 \pm 0,0483$  до  $0,1000 \pm 0,0152$  балла (на  $0,9600 \pm 0,0465$ ; 95 % ДИ – 0,87–1,05;  $p < 0,001$ ).

Изжога сохранялась после лечения у 90 пациентов. При этом у 10 больных она была умеренно, а у 80 – слабо выраженной. Средняя интенсивность изжоги уменьшилась с  $1,0900 \pm 0,0523$  до  $0,2000 \pm 0,0203$  балла (на  $0,890 \pm 0,048$ ; 95 % ДИ – 0,80–0,98;  $p < 0,001$ ).

После лечения жалобы на отрыжку оставались у 143 больных, причем у подавляющего большинства (131) пациентов она была слабо выраженной. Средняя интенсивность отрыжки снизилась с  $1,4600 \pm 0,0568$  до  $0,3100 \pm 0,0234$  балла (на  $1,1500 \pm 0,0455$  балла; 95 % ДИ – 1,06–1,24;  $p < 0,001$ ).

Регургитация (во всех случаях – слабо выраженной) сохранялась после лечения у 8 больных. Средняя интенсивность регургитации уменьшилась с  $0,2300 \pm 0,0288$  до  $0,0200 \pm 0,0059$  балла (на  $0,2100 \pm 0,0287$ ; 95 % ДИ – 0,16–0,27;  $p < 0,02$ ).

Жалобы на метеоризм сохранились после лечения у 141 больного, причем у 23 пациентов он был умеренно и значительно выраженным, а у 118 – слабо выраженным. Средняя интенсивность метеоризма на фоне терапии Ганатоном уменьшилась с  $1,4100 \pm 0,0565$  до  $0,3400 \pm 0,0472$  балла (на  $1,0700 \pm 0,0472$ ; 95 % ДИ – 0,98–1,17;  $p < 0,001$ ).

После лечения расстройства стула (запоры, диарея, чередование запоров и диареи) отмечены у 95 больных. В большинстве (у 81 пациента) случаев они были слабо выраженными. На фоне лечения средняя интенсивность расстройств стула уменьшилась с  $0,5500 \pm 0,0435$  до  $0,1300 \pm 0,0148$  балла (на  $0,4100 \pm 0,0376$ ; 95 % ДИ – 0,34–0,49;  $p < 0,001$ ).

Эффект Ганатона продолжался и после завершения 4-недельного курса терапии. При контрольном обследовании через неделю после окончания лечения жалобы отсутствовали у 64,7 % больных, через 2 недели – у 72,3 % пациентов.

Приверженность лечению Ганатоном оставалась высокой на протяжении всего курса терапии. Преждевременное прекращение приема препарата имело место лишь в 3,7 % случаев. Побочных эффектов в ходе лечения отмечено не было.

## Обсуждение

При анализе различных клинических симптомов обращала на себя внимание, во-первых, высокая частота сочетания у одного и того же больного различных вариантов ФД (синдрома боли в эпигастрии и постпрандиального дистресс-синдрома), составившая 30,7 %, а также высокая частота сочетания ФД с изжогой (52,9 %), являющейся, как известно, симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, тошнотой (53,1 %), относившейся прежде к симптомам ФД, а в настоящее время выделенной в самостоятельную рубрику функциональных расстройств (хроническая идиопатическая тошнота), а также симптомами, свойственными функциональным расстройствам кишечника: метеоризмом (60,4 %) и нарушениями функции кишечника (36,5 %). На высокую частоту сочетания ФД с другими функциональными заболеваниями ЖКТ указывали и другие авторы [3].

В последние годы были проведены клинические исследования по изучению эффективности применения Ганатона при лечении больных ФД. Самое крупное с участием 554 пациентов было проведено в Германии [5]. Больные амбулаторно получали в течение 8 недель либо плацебо, либо итоприда гидрохлорид в различных дозах (50, 100 и 200 мг) 3 раза в день.

Через 8 недель лечения клинические симптомы диспепсии полностью исчезли или значительно уменьшились у 57, 59 и 64 % больных, получавших итоприда гидрохлорид (соответственно в дозах 50, 100 и 200 мг 3 раза в день), и у 41 % пациентов, получавших плацебо. Различия с группой больных, принимавших плацебо, оказались статистически достоверными для всех трех групп пациентов, получавших итоприда гидрохлорид. Комбинированный анализ частоты исчезновения болей и чувства переполнения в эпигастрии в





# Команде нужен тренер

Правило первое:  
без тонуса нет движения!

Правило второе:  
главное – координация!



PR-ABB-Gan27(11/08)

## ГАНАТОН. Тонус и координация пищеварительного тракта.



ГАНАТОН (итоприд)

Регистрационный номер: ЛС – 002513 от 29 декабря 2006

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой. Активное вещество — итоприда гидрохлорид 50 мг. Описание: Белые круглые таблетки, покрытые пленочной оболочкой, с риской на одной стороне и гравировкой «НС 803» на другой.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Итоприда гидрохлорид применяют для симптоматического лечения функциональной неязвенной диспепсии (хронического гастрита), в частности купирования вздутия живота, быстрого насыщения, боли или дискомфорта в верхней половине живота, анорексии, изжоги, тошноты и рвоты.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

• повышенная чувствительность к итоприду или любому вспомогательному компоненту препарата;

• пациенты с желудочно-кишечным кровотечением, механической обструкцией или перфорацией;

• детский возраст (до 16 лет);

• беременность и период лактации.

С осторожностью применяется: вследствие усиления итопридом действия ацетилхолина, следует назначать с осторожностью из-за возможного развития холинергических побочных реакций у категории пациентов, для которых их появление, может усугубить течение основного заболевания. Применение в период беременности и при кормлении грудью: применять Ганатон во время беременности и лактации рекомендуется только в тех случаях, когда нет более безопасной альтернативы, а ожидаемая польза перевешивает возможный риск.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Обычно взрослым назначают внутрь по 1 таблетке Ганатона 50 мг 3 раза в сутки до еды. Рекомендуемая суточная доза составляет 150 мг. Указанная доза может быть снижена с учетом возраста больного.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Лейкопения, тромбоцитопения, гиперемия кожи, кожный зуд, сыпь, анафилаксия, повышение уровня пролактина, гинекомастия, головкружение, головная боль, тремор, диарея, запор, боль в животе, повышенное слюноотделение, тошнота, желтуха. Изменения лабораторных показателей: повышение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), гаммаглутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы и уровня билирубина. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ: Метаболическое взаимодействие вряд ли возможно, так как итоприд метаболизируется под действием флавиновой монооксигеназы, а не CYP450. Итоприд усиливает моторику желудка, поэтому он может повлиять на всасывание других препаратов. Особую осторожность следует соблюдать при применении препаратов с низким терапевтическим индексом, а также форм с замедленным высвобождением активного вещества или препаратов с кишечнорастворимой оболочкой. Противоязвенные средства, такие как циметидин, ранитидин, тепренон и цетраксат, не влияют на прокинетическое действие итоприда.

См. Полную информацию о препарате в инструкции по применению. Информация для медицинских работников(не для пациентов).

ООО «Эбботт Лабораториз»

115114, Россия, г. Москва,  
Дербеневская наб., 11А.  
тел.: (495) 258-42-70,  
[www.abbot.com](http://www.abbot.com)

**Ганатон**  
ИТОПРИД  
Гастроинтестинальный ТОНУС

**Abbott**  
A Promise for Life

группах больных, получавших итоприда гидрохлорид и плацебо (соответственно 73 и 64 %), также свидетельствовал о более высокой эффективности итоприда гидрохлорида ( $p < 0,04$ ). В работе не было выявлено влияния итоприда гидрохлорида на продолжительность интервала Q-T. При применении препарата в суточной дозе 150 мг (обычно применяемой дозировке) изменения уровня пролактина в крови не отмечено.

Было также проведено слепое рандомизированное сравнительное исследование эффективности применения итоприда гидрохлорида и домперидона в лечении больных ФД [9]. При этом положительный эффект отмечен у 81 % больных, получавших итоприда гидрохлорид, и у 70 % пациентов, получавших домперидон ( $p = 0,52$ ). Переносимость обоих препаратов была хорошей, изменений биохимических показателей и продолжительности интервала Q-T отмечено не было.

В Японии, где вместо диагноза ФД традиционно используется таковой хронического гастрита и где Ганатон применяется с 1995 г., был проведен ряд открытых клинических исследований, в которых итоприда гидрохлорид применялся в течение 2–4 недель в стандартной дозе (50 мг 3 раза в сутки) у больных хроническим гастритом, предъявлявших жалобы на тяжесть в подложечной области, тошноту и другие проявления диспепсии. Клиническое

улучшение было при этом достигнуто у 66,7–80,0 % пациентов. Был отмечен хороший эффект итоприда гидрохлорида у больных хроническим гастритом с сопутствующими симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [6].

В клинических исследованиях итоприда гидрохлорид зарекомендовал себя как препарат с хорошей переносимостью и отсутствием серьезных побочных эффектов. Основными побочными явлениями при приеме итоприда гидрохлорида явились диарея (0,7 % случаев), боли в животе (0,3 %), головная боль (0,3 %).

Проведенные постмаркетинговые исследования подтвердили безопасность итоприда гидрохлорида [4]. Результаты применения этого препарата более чем у 10 млн больных не выявили ни одного случая удлинения интервала Q-T. При назначении препарата в обычных терапевтических дозах повышение уровня пролактина в крови встречается редко.

Сравнительные исследования эффективности применения итоприда гидрохлорида в различных суточных дозах (75, 150, 300 мг) у больных с диспепсическими симптомами показали, что наилучшие результаты достигаются при применении препарата в суточной дозе 150 мг (по 50 мг 3 раза в день перед едой). Продолжительность курсового лечения в проведенных исследованиях составляла от 2–4 до 8 недель.

Наши наблюдения подтвердили высокую эффективность Ганатона

при лечении больных ФД, у которых он способствовал полному исчезновению диспепсических жалоб в 46,6 % случаев и значительному уменьшению их выраженности в 47,8 %. Важно, что положительная динамика касалась не только собственно диспепсических симптомов (ощущения тяжести в подложечной области, раннего насыщения, болей и чувства жжения в эпигастрии), но и таковых других заболеваний, часто сопутствующих функциональной диспепсии (гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, синдрома раздраженного кишечника, хронической идиопатической тошноты). В будущем это может расширить показания к применению этого перспективного препарата.

## Выводы

Применение Ганатона (итоприда гидрохлорида) в течение 4 недель способствует полному исчезновению жалоб у 46,6 % пациентов с функциональной диспепсией и значительному уменьшению их выраженности у 47,8 %.

Ганатон оказывает хороший эффект и в отношении других функциональных гастроэнтерологических жалоб (тошноты, изжоги, метеоризма, расстройств стула), часто сопутствующих ФД.

Терапия Ганатоном хорошо переносится больными и характеризуется отсутствием серьезных побочных эффектов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. и др. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии. М., 2000. С. 1–7.
2. Brogden R, Carmine A, Heel R, et al. Domperidone. A review of its pharmacological activity, pharmacokinetics and therapeutic efficacy in the symptomatic treatment of chronic dyspepsia and as antiemetic. *Drugs* 1982;24:360–400.
3. Corsetti M, Tack J. Mechanisms of functional dyspepsia and its relation to IBS // Irritable bowel syndrome (Ed. Camilleri M., Spiller M.C.). London 2002:117–26.
4. Ganaton Post Marketing Surveillance Study Group. *Gastroenterology Today* 2004;8:1–8.
5. Holtmann G, Talley NJ, Liebrechts T, et al. A placebo-controlled trial of itopride in functional dyspepsia. *N Engl J Med* 2006;354:832–40.
6. Inoue K, Sanada Y, Fijimura J, et al. Clinical effect of itopride hydrochloride on the digestive symptoms of chronic gastritis with reflux esophagitis. *Clinical Medicine* 1999;15:1803–08.
7. Karamanolis G, Tack J. Prokinetic medications – now and in the future. *Dig Dis* 2006;24:297–307.
8. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Systemic review: Antacids, H2-receptor antagonists, prokinetics, bismuth and sucralfate therapy for non-ulcer dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:1215–27.
9. Sawant P, Das HS, Desai N, et al. Comparative evaluation of the efficacy and tolerability of itopride hydrochloride and domperidone in patients with non-ulcer dyspepsia. *JAPI* 2004;52:626–28.
10. Smout AJPM, Akkermans LMA. Normal and disturbed motility of the gastrointestinal tract. *Wrightson Biomedical Publishing Ltd. – Petersfield.*
11. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466–79.