

УДК: 616.33/34:616-07-08:615

Диагностика и лечение функциональной диспепсии в практике семейного врача

И.Л. Кляритская, А.П. Балабанцева, Д. Шахбазиди

Diagnosis and treatment of functional dyspepsia in family practice

I.L. Klyarytskaya, A.P. Balabantseva, D. Shakhbazidi

¹Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», Симферополь

Ключевые слова: функциональная диспепсия, фитопрепараты

Диспепсия является одним из наиболее частых симптомокомплексов, с которыми приходится сталкиваться семейному врачу/врачу общей практики. Такие симптомы диспепсии как неопределенные боли и/или дискомфорт в эпигастрии, чувство переполнения после еды, отрыжки, изжоги, тошнота/рвота и метеоризм в разных странах обнаруживаются у 12-54% населения, являясь причиной 4-10% всех обращений за медицинской помощью. Считается, что в среднем диспепсией страдает до 20-40% взрослого населения развитых стран. Так, например, в Швеции распространенность диспепсии составляет 25%, в Дании – 26%, в Великобритании – 40% [1]. В США на диспепсические жалобы приходится около 10% всех консультаций врачей общей практики, в Швеции диспепсия является четвертым по частоте диагнозом, устанавливаемым врачами общей практики при первичном осмотре [1].

Как известно, диспепсия не является специфичным синдромом и может встречаться при различной патологии ЖКТ, как структурной, так и функциональной. Наиболее частыми органическими причинами диспепсии являются пептические язвы и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Реже в качестве потенциальных причин органической диспепсии выступают гепатобилиарные расстройства, хронические панкреатиты, прием медикаментов,

эндокринные и метаболические нарушения, опухоли ЖКТ [1,8].

Примерно у 50% пациентов с диспепсией каких-либо структурных патологических отклонений при эзофагогастродуоденоскопии и ультразвуковом исследовании не выявляется [1]. Такие больные трактуются как пациенты, страдающие функциональной диспепсией (ФД), которая в МКБ 10-го пересмотра выделена в отдельную нозологическую форму под шифром К30. По данным зарубежных исследователей, ФД страдает примерно 10-20% всего населения развитых стран, причем ею болеют в основном лица молодого и среднего возраста, то есть наиболее трудоспособная часть населения.

При ФД почти никогда не бывает одиночного симптома, у 99% встречается 2 и более симптомов, у 80% – более 5 симптомов, в это понятие входят также изжога и регургитация. Поэтому в настоящее время ФД, согласно Римским критериям III, определяется не просто как «боль и дискомфорт строго в эпигастрии», а как наличие, по меньшей мере, в течение 3 месяцев на протяжении не менее 6 последних месяцев одного или более диспепсических

¹95006, Украина, Симферополь, Крым, бульв. Ленина 5/7, e-mail crimtj@mail.ua

симптомов, которые происходят из гастродуоденальной зоны (ощущение чувства тяжести после приема пищи; чувство раннего насыщения; эпигастральная боль; чувство жжения в эпигастрии), при отсутствии любых органических (по результатам ЭГДС), системных или метаболических изменений, позволяющих объяснить симптомы [9].

ФД классифицируется на 3 субтипа, которые могут накладываться друг на друга: постпрандиальный дистресс-синдром (ФД-ПДС), эпигастральный болевой синдром (ФД-ЭБС), соответствующие применявшимся ранее клиническим понятиям «дисмоторная диспепсия» и «язвенноподобная диспепсия», а также смешанный вариант.

Для ФД-ЭБС характерны боли или чувство жжения в эпигастрии, которые являются интермиттирующими, легкими или умеренными, беспокоят, по меньшей мере, 1 раз в неделю, не генерализованы и не локализируются в других отделах живота, не облегчаются после дефекации или флатуленции, а также не отвечают критериям диагностики для расстройств желчного пузыря или сфинктера Одди.

ФД-ПДС характеризуется ощущением чувства тяжести после приема пищи, которое отмечается после однократного приема пищи, возникает, по крайней мере, несколько раз в неделю, или чувством раннего насыщения, препятствующим окончанию обычного приема пищи, возникающим, по крайней мере, несколько раз в неделю.

В Римских критериях III отмечено также, что в процессе лечения ФД ее симптоматика часто меняется, кроме того, пациенты с ФД могут иметь сопутствующую изжогу и СРК. Изжога не исключает диагноз ФД, если диспепсия персистирует, несмотря на применение адекватной кислотной супрессии [9].

Этиология и патогенез ФД до настоящего времени окончательно не изучены. В качестве возможных факторов риска рассматриваются возраст и пол (ФД в 1,5-2,5 раза чаще встречается среди молодых женщин), наследственность (имеет место у 20-25% пациентов), социальный статус (болеют чаще представители «высших» и «низших» социальных прослоек), хронический стресс, повышенная индивидуальная восприимчивость к различным внешним воздействиям, вредные привычки (алкоголь, курение), бесконтрольный прием медикаментов [8]. Патофизиология ФД также изучена недостаточно, хотя не вызывает сомнений то, что она является мультифакториальной. Среди потенциальных патофизиологических факторов ФД выделяют повышение кислотности и нарушение моторики желудка (около 35%), повышенная висцеральная афферентная чувствительность (около 45%), нарушение постпрандиальной аккомодации желудка, психологические расстройства и сочетание вышеназванных факторов с инфекцией *H. pylori* (Hр), что в разных странах отмечается в 40-60% случаев [7,8].

В настоящее время ни один фармакологический агент или схема лечения при ФД не могут рассматриваться в качестве панацеи. Исходя из концепции

доказательной медицины, из всего многообразия средств и методов, использующихся в лечении ФД, следует выделять средства с доказанной и недоказанной эффективностью [1,5]. Безусловное преимущество при назначении первой линии терапии должны иметь средства и методы с доказанной эффективностью, к которым относятся эрадикация инфекции *H. pylori* и монотерапия кислотоснижающими препаратами, в первую очередь – ингибиторами протонной помпы (ИПП) [1,4-7]. Многие практические врачи в качестве первой линии лечения больным ФД назначают прокинетики, хотя их эффективность как препаратов первой линии при этом заболевании достоверно не подтверждена результатами серьезных контролируемых исследований.

Согласно современным международным положениям, изложенным в последнем Маастрихтском консенсусе IV-2010, наилучшим методом лечения ФД является эрадикация Hр-инфекции, которая может быть рекомендована всем инфицированным больным (степень доказательств – А, 1а). В одном из последних систематических обзоров литературы по результатам 13 хорошо спланированных контролируемых рандомизированных исследований, охвативших 3068 Hр-позитивных больных с ФД, зафиксирована небольшая, но статистически значимая эффективность эрадикации Hр-инфекции (у 36% больных) по сравнению с плацебо (у 30% больных) [4]. Небольшое клиническое преимущество и возможность предупреждения возникновения в будущем пептических язв и некардиального рака желудка позволяет в настоящее время рассматривать эту стратегию («Test&treat») в качестве первой линии обследования и лечения больных с ФД на уровне семейного врача/врача общей практики.

В Hр-негативных случаях (или при неопределенном Hр-статусе) в качестве первой линии лечения рекомендуется назначать кислотосупрессивные препараты, наиболее эффективными из которых являются ИПП [4,5,7]. Один из последних систематических обзоров 7 больших исследований, охвативших 3241 пациента, показал, что применение ИПП при ФД оказывало статистически значимый клинический эффект (уровень эффективного ответа на ИПП оказался равным 33%, на плацебо – 23%), что также позволило рекомендовать их в качестве первой линии лечения [6].

Что касается эффективности прокинетиков, в частности, метоклопрамида или домперидона, то их в качестве препаратов первой линии лечения ФД рекомендуют применять только при ФД-ПДС, причем в тех случаях, когда замедление скорости опорожнения желудка подтверждено данными соответствующих исследований (сцинтиграфия или 13С-октановой дыхательный тест).

На практике в подавляющем большинстве случаев при появлении диспепсических симптомов у семейного врача/врача общей практики нет реальной возможности своевременно проводить не-

Клиническая эффективность первой линии лечения у больных ФД

	Количество больных с клиническим улучшением	
	Через 1 неделю	Через 2 недели
I группа, n=28	12 (42,9%)*	15 (53,6%)*
II группа, n=25	8 (32%)	8 (32%)
III группа, n=30	13 (43,3%)*	15 (50%)*

Примечание: * различия достоверны ($p < 0,05$) по сравнению со II группой

обходимое дообследование больных на предмет Нр-инфицирования или наличия дисмоторных расстройств. Поэтому стратегия «Test&treat» как первая линия лечения ФД в Украине пока применяется редко. В большинстве случаев первичное лечение ФД является эмпирическим, основанным на клинической оценке преобладания кислотозависимых или дисмоторных симптомов, при которых соответственно назначаются ИПП, прокинетики или комбинированные препараты, содержащие ИПП и прокинетики. При отсутствии эффекта от первой линии лечения рекомендовано применять резервные группы препаратов, такие как антифлатуленты, ферментные препараты, антидепрессанты, спазмолитики, цитопротекторы, фитопрепараты, различные виды психотерапии, нетрадиционные методы лечения [1,7].

Следует сказать, что достаточно большое число больных при появлении умеренных диспепсических симптомов к врачу не обращаются, а начинают самостоятельно лечиться различными растительными средствами. В связи с этим, фитотерапию следует рассматривать как важный метод первичного лечения ФД. Поиск и изучение эффективности различных средств и методов фитотерапии при ФД продолжается постоянно. Для лечения заболеваний пищеварительной системы традиционно используют лекарственные растения, содержащие биологически активные вещества, которые обладают противовоспалительной, анальгетической, репаративной, цитопротекторной, спазмолитической, желчегонной, антибактериальной, гипогликемической, седативной активностью. Лекарственные травы, входящие в состав таких фитопрепаратов, должны комплексно воздействовать на пораженные органы и системы, быть легко усваиваемым, не уменьшать активные начала каждого компонента сбора, не образовывать токсических и аллергических продуктов при взаимодействии всех составляющих ингредиентов [2,3].

Одним из растительных препаратов, обладаю-

щих таким многогранным действием и целесообразным для применения у больных ФД, является «Гастритол» в виде капель для перорального введения (компания «AlpenPharma», Германия). «Гастритол» содержит ряд активных веществ, вызывающих как местный эффект в ЖКТ, так и оказывающих центральное действие на секреторную и моторную функции желудка. В состав Гастритола входят жидкие экстракты из травы лапчатки гусиной (спазмолитическое действие), цветков ромашки лекарственной (спазмолитическое, противовоспалительное, седативное и холеретическое действие), корней солодки (противовоспалительное действие), корней дягиля (спазмолитическое и противовоспалительное действие), травы кардобенедикта (улучшает абдоминальное кровообращение), травы полыни горькой (стимулирует желчеотделение и функцию желез ЖКТ, оказывает противовоспалительное действие), травы зверобоя продырявленного (спазмолитическое, противовоспалительное и легкое вяжущее действие). У взрослых Гастритол применяется либо самостоятельно, либо как вспомогательное средство (по 20–30 капель, растворенных в небольшом количестве воды, 3 раза в день в течение 2–4 недель). Препарат не имеет противопоказаний, за исключением индивидуальной непереносимости его компонентов. Вследствие возможных межлекарственных взаимодействий его с осторожностью следует применять совместно с противосвертывающими средствами кумаринового ряда, гормональными противозачаточными средствами, циклоспорином, дигоксидом.

Нами проведено собственное исследование, основной целью которого явилось уточнение эффективности и переносимости Гастритола в лечении пациентов с ФД. Для этого обследовано 83 пациента с симптомокомплексом желудочной диспепсии в возрасте от 16 до 40 лет (мужчин – 38, женщин – 45). У всех больных при проведении первичной ЭГДС была исключена структурная патология и поставлен диагноз ФД. Н. рylogi-инфицированными (по результа-

Табл. 2

Клиническая эффективность первой линии лечения в зависимости от субтипа ФД

	Клиническое улучшение через 2 недели		
	ФД-ЭБС, n=32	ФД-ПДС, n=23	Смешанный вариант, n=28
I группа, n=28	6/10 (60%)*	3/8 (37,5%)*	6/10 (60%)*
II группа, n=25	4/11 (36,4%)	1/6 (16,6%)	3/8 (37,5%)
III группа, n=30	5/11 (45,5%)*	4/9 (44,4%)*	6/10 (60%)*

Примечание: числитель – количество больных с улучшением, знаменатель – общее число больных в подгруппе; * различия достоверны ($p < 0,05$) по сравнению со II группой

там быстрого уреазного теста и 13С-мочевинного дыхательного теста) оказались 64 пациента (62,1%). В зависимости от клинического варианта течения ФД пациенты распределились следующим образом: ФД-ЭБС – 32 больных, ФД-ПДС – 23 пациента, смешанный вариант ФД – 28 больных.

В зависимости от характера первой линии лечения, все больные разделены на 3 группы: 1-я группа (28 человек) получала омепразол по 20 мг 1 раз в сутки утром за 30 минут до завтрака в течение 14 дней; во 2-й группе (25 пациентов) проводилась стандартная тройная эрадикационная терапия (омепразол 20 мг + кларитромицин 500 мг + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день в течение 10 дней); больные 3-й группы (30 пациентов) принимали Гастритол по 20 капель 3 раза в день в течение 14 дней. Эффективность лечения оценивали по степени уменьшения или исчезновения основных симптомов согласно шкале интенсивности 10 верхних гастроинтестинальных симптомов O'Brien (0=отсутствие симптомов, 1=легкая выраженность, 2=умеренная выраженность, 3=выраженная интенсивность) на 7-й и 14 дни. Скорость и частота достижения эффекта, а также клиническая эффективность в зависимости от клинического варианта ФД представлены в таблицах 1 и 2.

Как следует из данных таблицы 1, наиболее эффективным методом первичного лечения, независимо от субтипа ФД, оказалось применение омепразола и Гастритола, на 2-х-недельное лечение которыми ответили больше половины больных. Их клиническая эффективность достоверно превышала эффективность эрадикационной терапии и через 1 неделю, и через 2 недели лечения. Непосредственное клиническое улучшение (в течение 2 недель) в результате проведения эрадикационной терапии было зафиксировано только у 32% больных, несмотря на то, что эрадикация Нр-инфекции (по результатам 13С-мочевинного дыхательного теста, проведенного через 6 недель) была достигнута у 21 из 25 больных (84%).

Анализ эффективности препаратов в зависимости от субтипа ФД показал, что эффективность омепразола при ФД-ЭБС и смешанном субтипе была достоверно выше, чем при ФД-ПДС. Клиническая эффективность эрадикационной терапии и Гастритола была достоверно выше при смешанном субтипе. Эффективность омепразола была наиболее высо-

кой при ФД-ЭБС, а эффективность Гастритола – при ФД-ПДС. При смешанном субтипе ФД клиническая эффективность омепразола и Гастритола (60%) оказалась одинаковой, достоверно более высокой, чем эффективность эрадикационной терапии.

В процессе лечения легкие побочные эффекты, не потребовавшие отмены препаратов, отмечены у 5 больных (17,9%) I группы (легкое послабление стула) и у 12 больных (48%) II группы. Каких-либо побочных эффектов в III группе пациентов не отмечено, 14 больных (46,6%) больных этой группы оценили переносимость Гастритола как хорошую, остальные – как отличную.

Таким образом, проведенное исследование показало, что препарат растительного происхождения «Гастритол» можно рассматривать как эффективный, безопасный и хорошо переносимый препарат первой линии лечения больных ФД. Его непосредственная клиническая эффективность сопоставима с эффективностью ИПП, наиболее выражена при ФД-ПДС и смешанном субтипе ФД, и достоверно превосходит симптоматическую эффективность эрадикационной терапии.

Литература

1. В.Г. Перевердий, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанюк, А.Ю. Чернов. Диспепсия как самостоятельный диагноз и неспецифический синдром. Монография. – Луганск. – 2006. – 339 с.
2. Фадеев Г.А., Гринев А.Е. Опыт применения Гастритола в лечении функциональной диспепсии // Ліки України. – 2009. – № 6. – С.93-100
3. Харченко Н.В., Родонезская Е.В. Применение препарата «Гастритол» для лечения больных с функциональной диспепсией // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 3 (29).— С. 38-41.
4. Moayyedi P, Deeks J, Talley NJ, Delaney B, Forman D. An update of the Cochrane systematic review of Helicobacter pylori eradication therapy in nonulcer dyspepsia: resolving the discrepancy between systematic reviews. *American Journal of Gastroenterology* 2003; 98: 2621-6.
5. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Forman D, Harris A, Innes M, Delaney B. Systematic review: Antacids, H2-receptor antagonists, prokinetics, bismuth and sucralfate therapy for non-ulcer dyspepsia. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2003;17:1215-27
6. Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, Forman D, Talley NJ. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. *Gastroenterology* 2004; 127: 1329-37.
7. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2)
8. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2004; 127: 1239-55
9. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional Gastrointestinal Disorders.

Диагностика и лечение функциональной диспепсии в практике семейного врача

И.Л. Клярцкая, Г.П. Балабанцева, Д. Шахбазиди

В статье приводится исследование, которое показало, что препарат растительного происхождения «Гастритол» можно рассматривать как эффективный, безопасный и хорошо переносимый препарат первой линии лечения больных ФД.

Діагностика і лікування функціональної диспепсії в практиці сімейного лікаря

І.Л. Кляритська, Г.П. Балабанцева, Д. Шахбазіди

У статті запропоновано дослідження яке показало, що препарат рослинного походження «Гастритол» можна розглядати як ефективний, безпечний і добре переносимий препарат першої лінії лікування хворих ФД.

Diagnosis and treatment of functional dyspepsia in family practice

I.L. Klyarytskaya, A.P. Balabantseva, D. Shakhbazidi

The article suggested that the study showed that the drug plant "Gastritol" can be regarded as an effective, safe and well-tolerated first-line treatment of patients with FD. Search and study the effectiveness of various tools and techniques of herbal medicine during photodynamic continuously. For the treatment of diseases of the digestive system traditionally used medicinal plants that contain biologically active substances, which have anti-inflammatory, analgesic, reparative, cytoprotective, spasmolytic, choloretic, antibacterial, hypoglycemic, sedative activity. Herbs that are part of these herbal remedies, have a complex impact on the affected organs and systems, easily digestible, not to reduce the active principles of each component of the collection, not to form toxic and allergic products in the interaction of all components of the ingredients.

We have carried out their own research, the main goal of which was clarification Gastritol efficacy and tolerability in the treatment of patients with FD.

research has shown that the drug plant "Gastritol" can be regarded as an effective, safe and well-tolerated first-line treatment of patients with FD.