ZU_2012_03.qxd 21.02.2012 13:21 Page 72

Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Київське товариство гастроентерологів
Науково-медичний консультативний гастроентерологічний центр МОЗ України

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Вельмишановні колеги!

Запрошуємо вас узяти участь у роботі наукового симпозіуму з міжнародною участю XIV Національної школи гастроентерологів, гепатологів України «Патологія печінки: профілактика розвитку, діагностика, лікування. Актуальні питання дієтології. Новини медицини», який відбудеться 5-6 квітня 2012 р. у м. Києві.

Місце проведення: Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика за адресою: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
Відкриття конференції: 5 квітня 2012 р. о 9 годині в актовому залі НМАПО (м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).
Реєстрація учасників: 5 квітня 2012 р. о 8 годині у холі НМАПО (м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).
Проїзд: станція метро «Дорогожичі».
Телефон для довідок: (044) 432-04-73, електронна адреса: gastro_endo@ukr.net

Питання, які будуть розглядатися

- *Питання діагностики захворювань печінки. Оцінка результатів інструментальних та лабораторних методів дослідження*
- *Ранні ознаки цирозу печінки*
- *Гепаторенальний синдром, портальна гіпертензія, правила ведення хворих.*
- *Особливості контролю набрякового синдрому*
- *Тактика ведення хворих у разі цирозу печінки різної етіології*
- *Печінка та інші захворювання*
- *Прогностичні критерії та профілактика прогресування цирозу печінки*
- *Продукти харчування та печінка*
- *Дієтологія за різних захворювань внутрішніх органів*
- *Новини гастроентерології: Маастрихт IV, нові препарати та підходи до лікування в арсеналі лікаря-гастроентеролога та інше*

Науковий симпозіум включено до Реєстру медичних з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, які проводитимуться 2012 року, затвердженого МОЗ і АМН України (№ 5).

Запрошуються лікарі-гастроентерологи, терапевти, сімейні лікарі, хірурги, дієтологи, алергологи, інфекціоністи, ендоскопісти, педіатри та лікарі інших спеціальностей.

Доповідачами плануються провідні фахівці України з гепатології та терапії (проф. Г.А. Анохіна, О.Я. Бабак, Н.Б. Губергріц, А.Е. Дорофєєв, Т.Д. Звягінцева, Ю.М. Степанов, С.М. Ткач, Г.Д. Фадєєнко, Н.В. Харченко) та Росії (проф. О.О. Бєлоусова, О.О. Буєвєров, В.В. Карташев, М.В. Маєвська, М.Д. Ардатська, Ю.П. Успенський та інші). В рамках наукового симпозіуму відбудеться виставка лікарських засобів вітчизняних та зарубіжних фармацевтичних компаній.

Організаційний комітет
Національної школи гастроентерологів, гепатологів України

АНОНС

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації
Асоціація лікарів Поділля

Науково-практична конференція

Вибрані питання терапії в державних та міжнародних узгоджувальних документах

13-14 березня 2012 р., м. Вінниця

У рамках конференції розглядатимуться актуальні проблеми пульмонології, кардіології, гастроентерології, психосоматики та ін.

Лекції читатимуть провідні вчені України: чл.-кор. НАМН України, проф. К.М. Амосова; чл.-кор. НАМН України, проф. Т.О. Перцева; проф. Л.О. Яшина; проф. О.Я. Дзюблик, проф. Є.П. Свіщенко, проф. О.Й. Жарінов, проф. Н.Б. Губергріц, проф. О.К. Коваль та ін.

Місце проведення конференції:
Вінницька обласна філармонія «Плеяда», Хмельницьке шосе, 7.
Реєстрація учасників 13 березня 2012 р. о 8.00.
Після завершення конференції учасникам видаватимуться сертифікати.
Тел.: 0(432) 46-11-27, 067-257-58-54

Науково-практична конференція

Терапія-2012: Досягнення та перспективи

30-31 березня 2012 р.

Лекційні програми висвітлюватимуть найактуальніші питання пульмонології, кардіології, гастроентерології, психосоматики та ін.

Лекції читатимуть провідні вчені України: академік НАМН України Г.В. Дзяк, чл.-кор. НАМН України, проф. Т.О. Перцева, проф. О.Я. Бабак, проф. О.Я. Дзюблик, проф. Ю.М. Сіренко, проф. О.Й. Жарінов, проф. М.М. Долженко, проф. Г.М. Драник, доц. Л.В. Юдіна, доц. С.С. Сімонов) та Росії (проф. Р.С. Козлов, проф. Л.В. Колобухіна та ін.).

Місце проведення конференції:
Вінницька обласна філармонія «Плеяда», Хмельницьке шосе, 7.
Реєстрація учасників 30 березня 2012 р. о 8.00.
Після завершення тематичних блоків учасникам видаватимуться сертифікати
(4 сертифікати за два дні конференції).
Тел.: 0(432) 46-11-27.

Что назначить при или прокинетики

- **В клинической практике врачи первичного звена и гастроэнтерологи часто консультируют больных, испытывающих чувство тяжести и дискомфорта в эпигастральной области, предъявляющих жалобы на вздутие, тошноту, отрыжку или рвоту.**
- **Данные симптомы являются сигналом к диагностике у таких пациентов функциональной или органической диспепсии, которая проявляется нарушением двигательной активности желудка.**
- **Прокинетики – препараты первой линии для лечения или облегчения симптомов диспепсии, так как именно прокинетики восстанавливают моторную функцию желудка и таким образом устраняют причину развития диспепсических симптомов.**

Данная статья призвана дать ответы на важные и актуальные для практических специалистов вопросы.

? Что такое диспепсия? Насколько актуальна проблема диспепсии для Украины?

Диспепсия – это собирательный термин, под которым подразумевают совокупность субъективных проявлений различных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), требующих проведения медикаментозной терапии. В соответствии с Римскими критериями III (2006) к диспепсическим жалобам относят ощущение тяжести или чувство переполнения в эпигастрии, быстрое насыщение после приема обычного количества пищи, вздутие, тошноту, боль в эпигастральной области и изжогу. Диспепсические расстройства являются наиболее распространенными гастроэнтерологическими жалобами: в Японии диспепсией страдает 11-27% населения (H. Suzuki, 2011), в Индии – 8-30% жителей (U. Ghoshal, 2011), в Западной Европе – 25-28% населения (J. Tack, 2011). Согласно результатам небольших эпидемиологических исследований, в Украине этот показатель колеблется в пределах 20-40% (С. Ткач, 2010; Г. Оседло, 2009). Однако ученые предполагают, что достоверная распространенность диспепсии может быть значительно выше, т. к. не все больные, испытывающие соответствующие жалобы, обращаются за помощью к врачу.

? Почему проблема диспепсии требует особого внимания со стороны врача-гастроэнтеролога?

В последнее время некоторые врачи общей практики и специалисты-гастроэнтерологи стали отождествлять синдром диспепсии с функциональной патологией ЖКТ (так называемой функциональной диспепсией – ФД), не учитывая другие возможные причины появления подобных жалоб (органическую диспепсию): язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, опухоли пищеварительного тракта, хронический холецистит и панкреатит. Выявление так называемых симптомов тревоги (немотивированное снижение массы тела, повторная рвота, прогрессирующая дисфагия, примесь крови в каловых массах, анемия, лихорадка) и проведение эндоскопического исследования позволяют провести дифференциальную диагностику ФД и диспепсии на фоне органической патологии, правильно установить диагноз и подобрать терапию.

Осведомленность о развитии вторичной диспепсии на фоне сахарного диабета, патологии щитовидной и паращитовидной желез, системных заболеваний, неопластического поражения головного мозга или при приеме некоторых лекарственных средств (препаратов железа, калия, нестероидных противовоспалительных средств, антибиотиков и др.) поможет врачу установить генез диспепсических жалоб и сделать выбор в пользу адекватной терапии.

? Существуют ли клинические особенности течения функциональной и органической диспепсий?

Функциональную диспепсию от органической отличают выраженная длительность заболевания, отсутствие четких периодов обострения и ремиссии, изменчивость жалоб и локализация боли, непредсказуемые эпизоды ухудшения и улучшения состояния, четкая связь со стрессовыми ситуациями, незначительное влияние на ночной сон, наличие вегетативных нарушений со стороны других органов и систем; большинство клинических симптомов, отмечаемых при органической диспепсии, встречается и при функциональной диспепсии.

Для язвенноподобного варианта течения диспепсии характерны ночные боли в эпигастрии, купирующиеся приемом пищи и антисекреторных препаратов. Дискинетическому варианту диспепсии присущи чувство раннего насыщения, переполнения, вздутия, тяжести, тошноты, ощущения дискомфорта, усиливающегося после еды. Вероятен и неспецифический вариант диспепсии, когда в силу смешанной симптоматики зачастую не удается выделить ведущий симптом.

! A. Solhpour и соавт. (2010) отметили интересный факт: оказывается, распространенность органической диспепсии зависит от возраста и пола пациентов. Женщины старше 50 лет с сопутствующим ожирением чаще испытывают дискомфорт в эпигастральной области, чем пациентки моложе 50 лет с ожирением – 93,8 vs 83% (женщины с нормальной массой тела – 54,8 и 50,3% соответственно); распространенность симптомов диспепсии у лиц мужского пола снижается с возрастом независимо от наличия ожирения (<50 лет – 42,9%; >50 лет – 37,5%).

? Следует ли назначать больным с синдромом диспепсии ферментные препараты?

Нередко в клинической практике встречаются случаи недостаточно обоснованного назначения ферментных препаратов при синдроме диспепсии. Как правило, это связано с неточным толкованием терминов «диспепсия», «мальдигестия», «мальабсорбция» (табл.).

ZU_2012_03.qxd 21.02.2012 13:22 Page 73

ить при тяжести в желудке: ики или ферменты?

Таблица. Основные различия диспепсии и синдрома мальдигестии/мальабсорбции

Диспепсия	Синдром мальдигестии/мальабсорбции
Клинические проявления	
Чувство переполнения в эпигастрии, быстрое насыщение, вздутие, тошнота	Диарея, наличие в кале частиц непереваренной пищи
Патогенез	
Нарушение моторно-эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ	Нарушение эффективности кишечного пищеварения и всасывания питательных веществ
Лечение	
Прокинетики нивелируют симптомы диспепсии, ферментные препараты не эффективны	Эффективно применение ферментных препаратов, возможно назначение прокинетиков

В большинстве случаев в основе синдрома диспепсии лежит нарушение моторно-эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ, расстройство антродуоденальной координации, дисритмия желудка (брадигастрия или тахигастрия – замедление/ускорение циклической активности желудка в межпищеварительный период), увеличение чувствительности барорецепторов желудка к растяжению (J. Tack, 2006). Сущность синдрома мальдигестии/мальабсорбции заключается в нарушении эффективности кишечного пищеварения и всасывания питательных веществ. Активность этих процессов опосредуется, в частности, панкреатическими ферментами, поэтому снижение продукции или нарушение активации ферментов поджелудочной железы провоцирует развитие мальабсорбции. Синдром мальдигестии/мальабсорбции может сопровождаться вторичным расстройством моторной функции двенадцатиперстной кишки: явления бульбодуоденостаза затрудняют смешивание ферментов с химусом, усугубляя тем самым недостаточность ферментов поджелудочной железы (Ю.О. Шульпекова, 2007).

К основным клиническим проявлениям диспепсии относятся чувство переполнения и раннее насыщение, тяжесть и дискомфорт в эпигастральной области, тогда как доминирующими симптомами мальдигестии являются диарея, наличие в кале частиц непереваренной пищи.

! Патогенетические различия в возникновении диспепсических симптомов и нарушений пищеварения, несхожесть клинической картины обусловливают использование различных подходов к медикаментозной терапии. В большинстве случаев для коррекции явлений диспепсии целесообразно использовать прокинетики, а для купирования симптомов мальдигестии/мальабсорбции – ферментные препараты. Учитывая вероятность вторичного нарушения моторики двенадцатиперстной кишки при синдроме мальдигестии, назначение прокинетических средств также может быть целесообразно.

Необходимо отметить отсутствие данных доказательной медицины, которые подтверждали бы эффективность ферментных препаратов в лечении ФД.

? Какие показания к назначению прокинетиков и ферментных препаратов?

Доказательства эффективности применения прокинетиков получены при лечении заболеваний ЖКТ, в возникновении которых ведущую роль отводят нарушениям моторно-эвакуаторной функции (гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ФД, функциональной тошноте, синдрому раздраженного кишечника, функциональному запору, гастропарезам различной этиологии). Прокинетики также могут использоваться в качестве противорвотных средств.

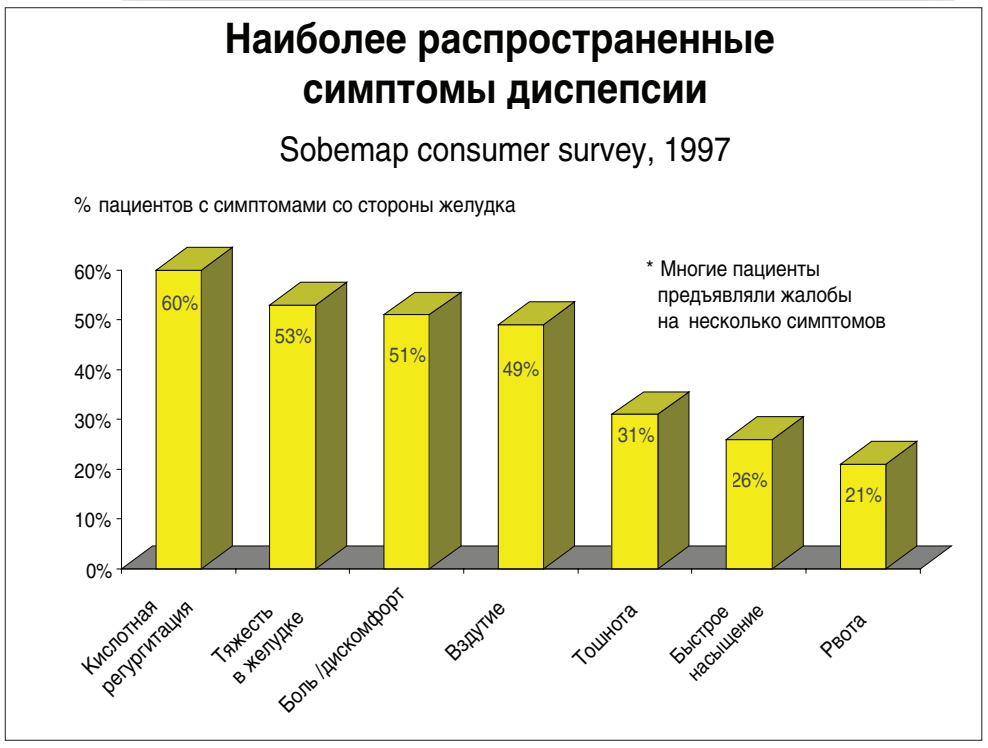
Основным показанием к назначению ферментных препаратов является необходимость проведения заместительной терапии при экзокринной недостаточности поджелудочной железы, которая возникает при хроническом панкреатите, после выполнения оперативных вмешательств на поджелудочной железе и желудке, при муковисцидозе, раке поджелудочной железы, обструкции протоков поджелудочной железы или общего желчного протока.

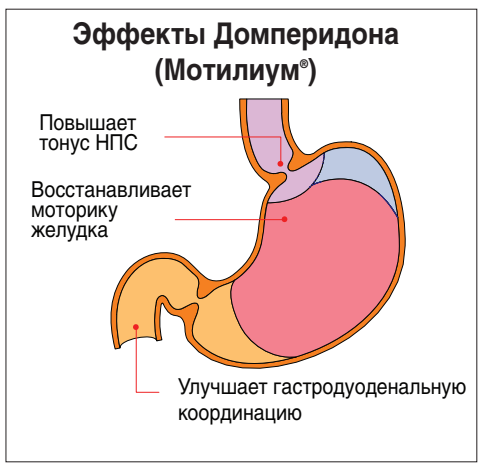
! Следует отметить, что распространенность диспепсии в общей популяции, по данным разных авторов, колеблется от 19 до 41%. В качестве средств первой линии у этой группы больных рекомендуются прокинетики. Частота встречаемости внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, которая служит основным показанием к назначению ферментных препаратов, составляет 10-13% (Л.В. Журавлева, 2010).

? Каким прокинетикам следует отдавать предпочтение при лечении диспепсии?

В настоящее время существует большое количество препаратов, предназначенных для нормализации перистальтики ЖКТ; среди них наиболее известны метоклопрамид, домперидон, цизаприд, мосаприд, тегасерод, итоприд, тримебутин. Целесообразность применения прокинетика при диспепсических синдромах определяется механизмом действия лекарственного средства, его эффективностью и безопасностью. Наличие выраженных побочных действий со стороны сердечно-сосудистой системы на фоне приема цизаприда и тегасерода стало причиной того, что данные препараты были отозваны с фармакологического рынка. Длительное применение метоклопрамида может приводить к развитию паркинсонизма, галактореи и гинекомастии, что ограничивает возможность применения лекарственного средства. Некоторые препараты (мосаприд, итоприд, тримебутин) относительно недавно стали использовать в практической медицине, поэтому доказательная база в отношении данных средств ограничена.

! На протяжении многих лет в клинической практике лечения диспепсий активно используется домперидон (селективный антагонист периферических D_2-рецепторов II поколения). Доказано, что домперидон увеличивает длительность перистальтических сокращений антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, ускоряет опорожнение желудка, повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшает аккомодацию желудка, уменьшает время пассажа пищевых масс по тонкой кишке. Домперидон в незначительной степени проникает через гематоэнцефалический барьер, практически не вызывает побочных действий со стороны центральной нервной системы. Применение домперидона очень редко сопровождается экстрапирамидными расстройствами, особенно у взрослых.





Таким образом, терапия как функциональной, так и органической диспепсии должна основываться на коррекции патогенетических механизмов, нормализации моторной функции ЖКТ, что может достигаться посредством назначения прокинетиков с доказанной эффективностью.

Подготовила ***Лада Матвеева***

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476