

Функциональная диспепсия в практике гастроэнтеролога: прокинетики или ферменты?

- В данном обзоре акцентируется внимание практикующих врачей на высокой распространенности в популяции функциональной диспепсии, которая требует особых подходов к диагностике и лечению, а главное – правильного выбора лекарственного средства.
- Укоренившийся в нашей стране стереотип бесконтрольного применения ферментных препаратов при жалобах на чувство тяжести или переполнения желудка и других симптомах при диспепсии не выдерживает критики в свете данных доказательной медицины и статистики врачебных назначений в странах Европы.
- Применение прокинетиков при данной патологии является обоснованным, так как именно прокинетики восстанавливают моторную функцию желудка, тем самым облегчая симптомы функциональной диспепсии.

По наблюдениям зарубежных исследователей, наиболее распространенные симптомы диспепсии – боль или дискомфорт в эпигастрии, чувство тяжести, переполнения желудка, быстрое насыщение, тошнота, отрыжка, рвота – примерно в 60% случаев обусловлены функциональными расстройствами пищеварительного тракта. Около 25% популяции испытывают, по крайней мере, 6 эпизодов эпигастрального дискомфорта в течение года (Heikkinen, Stanghellini, 1996; Williams, Harrison, 1998).

Согласно III Римским критериям диагностики функциональных расстройств гастроудоденальной зоны (2008) выделяют следующие их варианты.

- V1 Функциональная диспепсия
 - V1a постпрандиальный дистресс-синдром
 - V1b эпигастральный болевой синдром
- V2 Расстройство, связанные с отрыжкой
 - V2a аэрофагия
 - V2b неспецифическая чрезмерная отрыжка
- V3 Расстройства с тошнотой и рвотой
 - V3a хроническая идиопатическая тошнота
 - V3b функциональная рвота
 - V3c синдром циклической рвоты
- V4 Руминационный синдром у взрослых (повторная регургитация съеденной пищи, которая выплевывается или снова глотается).

Наиболее частым вариантом в практике гастроэнтерологов и терапевтов является функциональная диспепсия. Для постановки диагноза функциональной диспепсии необходимо наличие одного или более диагностических критериев (симптомов), беспокоящих пациента в течение последних 3 месяцев при начале заболевания, по меньшей мере, на протяжении 6 месяцев:

- неприятное постпрандиальное переполнение;
- быстрое насыщение;
- боль в области эпигастрия;
- жжение в области эпигастрия;
- отсутствие данных относительно органической патологии, которые могли бы объяснить возникновение симптомов.

Функциональная диспепсия – это диагноз исключения. На первом этапе необходимо тщательно собрать анамнез для установления характера симптомов, условий их возникновения, связи с приемом пищи или определенных лекарств (исключить НПВП-гастропатию). Анамнез и физикальное обследование позволяют выявить типичные признаки органического заболевания, которое может быть причиной симптомов диспепсии. Следует исключить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и заболевания, ассоциированные с инфекцией *Helicobacter pylori*. По данным Рыковой С.М. и соавт. (2003), пациенты с ГЭРБ, кроме изжоги, часто предъявляют жалобы, характерные для функциональной диспепсии (отрыжка, тошнота, дискомфорт в эпигастрии). При первом контакте с пациентом следует также обращать внимание на «тревожные признаки», которые указывают на серьезную патологию, такие как значительная потеря массы тела за короткий промежуток времени, возникновение симптомов ночью, дисфагия, лимфаденопатия, пальпируемое объемное образование в брюшной полости, анемия.

Дальнейший диагностический алгоритм включает инструментальные и лабораторные методы обследования, консультации смежных специалистов. Только при отсутствии органической или психической патологии, а также метаболических расстройств (кетацидоз, гипотиреоз, нарушения электролитного баланса), которые могли бы объяснить симптомы диспепсии, можно выставлять диагноз функциональной диспепсии (Ткач С.М., 2011).

Механизм формирования симптомов функциональной диспепсии большинство авторов

связывают с нарушением моторики верхних отделов ЖКТ. По результатам обследования 3926 пациентов (Grainger S.L. et al., 1994) функциональная диспепсия более чем в половине случаев (в общей сложности у 57% больных) проявлялась либо только нарушениями моторики (13%), либо в сочетании их с другими клиническими проявлениями (44%).

По данным McCallum R.W. (1998), независимо от клинического варианта функциональной диспепсии, нарушения моторики желудка встречаются у 75% пациентов.

У пациентов с функциональной диспепсией отмечаются следующие нарушения моторики верхних отделов ЖКТ:

- нарушение аккомодации желудка в ответ на прием пищи, что нарушает распределение пищи внутри желудка и вызывает чувство быстрого насыщения;
- снижение частоты и амплитуды перистальтики желудка;
- нарушение антродуоденальной координации (координация между сокращениями антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки);
- ослабление постпрандиальной моторики антрального отдела желудка, что приводит к замедлению эвакуации его содержимого.

Возникновение симптомов диспепсии главным образом связано с нарушением моторики верхних отделов ЖКТ, следовательно, применение препаратов, нормализующих моторику – прокинетиков, является обоснованным.

Согласно результатам маркетингового исследования IMS Health MIDAS в европейских странах от тяжести в желудке (как основного проявления функциональной диспепсии) врачи чаще всего назначают прокинетики, такие как Мотилиум® (домперидон). Второе место разделяют ингибиторы протонной помпы и H₂-блокаторы. Доля прокинетиков в структуре врачебных назначений в Германии составила 94%, Италии – 93%, Франции – 86%, Испании – 72%.

Это подтверждает, что прокинетики признаны европейскими гастроэнтерологами препаратами с доказанной эффективностью при лечении пациентов с функциональной диспепсией.

К сожалению, в нашей стране у части врачей и пациентов, очевидно, под влиянием рекламы, сложилось ошибочное мнение об эффективности ферментных препаратов при тяжести в желудке, ощущении переполнения, раннем насыщении, особенно если эти симптомы наблюдаются при передеании. Насколько оправдан такой подход? Частота встречаемости диспепсии в общей популяции, по данным разных авторов, колеблется от 19 до 41%. Это та часть населения, для которой в качестве средств первой линии рекомендуются прокинетики. Частота встречаемости внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, которая служит основным показанием к назначению ферментных препаратов, меньше, и составляет 10-13% (Журавлева Л.В., 2010).

Мотилиум® – препарат выбора для лечения функциональной диспепсии

Прокинетик второго поколения Мотилиум® (международное непатентованное название – домперидон) разработан и выведен на рынок многих стран компанией Janssen в 1970-х годах.

По механизму действия домперидон является антагонистом периферических дофаминовых рецепторов, расположенных в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. Домперидон оказывает комплексное нормализующее влияние на моторику ЖКТ:

- повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, препятствуя гастроэзофагеальному рефлюксу;
- усиливает моторику желудка, устраняя гастропарез;
- улучшает антродуоденальную координацию, предупреждая дуоденогастральный

рефлюкс и ускоряя эвакуацию содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку.

Благодаря комплексной нормализации моторики пищевода, желудка и кишечника Мотилиум® эффективно купирует такие симптомы, как чувство тяжести, переполнения, раннее насыщение, вздутие в эпигастрии, тошноту, отрыжку, рвоту.

Мотилиум® проявляет выраженное антиэметическое (противорвотное) действие, которое связано с подавлением активности хеморецепторов триггерных зон, расположенных на дне четвертого желудочка головного мозга.

Важно отметить, что домперидон в незначительной мере проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому очень редко вызывает экстрапирамидальные расстройства, особенно у взрослых. Этим домперидон принципиально отличается от метоклопрамида, который длительное время считался стандартом прокинетиков. Также Мотилиум® не влияет на секрецию соляной кислоты, показатели внутрижелудочного pH, уровень сывороточного гастрина.

Эффективность и безопасность препарата Мотилиум® хорошо изучены в контролируемых клинических исследованиях. В систематическом обзоре Moayyedi P. et al. (2003) за период с 1977 по 2008 год указывается на 507 публикаций, посвященных домперидону, в англоязычных медицинских изданиях. По результатам 14 клинических исследований с участием более 1000 пациентов, было подтверждено достоверное превосходство домперидона над плацебо по эффективности купирования симптомов функциональной диспепсии (отношение шансов 0,52; доверительный интервал 0,37-0,73 по сравнению с плацебо).

Таким образом, оригинальный препарат Мотилиум® (домперидон) является эффективным препаратом с хорошо изученным профилем безопасности для купирования симптомов функциональной диспепсии. Это подтверждается более чем 30-летним опытом клинического использования препарата врачами многих стран мира.

Кроме того, Мотилиум® может применяться как средство симптоматической терапии при органических гастроэнтерологических заболеваниях, сопровождающихся нарушением моторики верхних отделов ЖКТ, – ГЭРБ, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронических гастритах с нарушенной эвакуаторной функцией желудка, вторичном гастропарезе у больных сахарным диабетом, системной склеродермией и после ваготомии.

Подготовил Дмитрий Молчанов



Важкість? Здуття? Нудить? Блювота?

4 проблеми зі шлунком = 1 таблетка Мотиліум®

- ✓ Препарат вибору у лікуванні хворих із симптомами диспепсії¹
- ✓ Швидка дія безпосередньо у шлунку
- ✓ Надійний профіль безпеки²

Відпускається без рецепта. Перед використанням препарату необхідно ознайомитися з інструкцією по застосуванню та проконсультуватися з лікарем. Зберігати в місці, недоступному для дітей. Додаткова інформація надається за вимогою. Представництво «Сілакс Глобал Інтернешнл» в Україні: 01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 19-21. Тел.: (044) 498-08-88. Препарат: Мотиліум®. Діюча речовина: домперидон. Р/п UA/10190/01/01 МОЗ України від 08.11.2010.
1. В.Т. Івашкін, А.О. Шелтулін, О.К. Баранська, О.С. Труханов. Методичний посібник «Обстеження та лікування хворих з синдромом диспепсії». Москва, 2001.
2. Е. Масці. Відсутність впливу домперидону на секрецію гастрина: дані про периферичну активність препарату, 1984.