

Лікування функціональної диспепсії на засадах доказової медицини

У 2011 році спеціально створеною робочою групою було розроблено першу українську клінічну настанову з діагностики та лікування диспепсії, що базується на доказових даних високого рівня. Цей документ є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією клінічної настанови Шотландської міжуніверситетської мережі настанов з клінічної практики (SIGN-68. Dyspepsia. A National Clinical Guideline. 2003), а також містить окремі положення, адаптовані з інших джерел, у тому числі Маастрихтського консенсусу III, Римських критеріїв II, III.

У настанові докладно розглянуті питання термінології, класифікації, діагностики та лікування диспепсії. Вказується на те, що термін «диспепсія» суперечливо використовувався працівниками охорони здоров'я для опису різних симптомів, характерних для захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Група з розробки настанови ухвалила таке визначення відповідно до Римських критеріїв II: «диспепсія визначається як відчуття болю чи дискомфорту, локалізоване у верхньому відділі черевної порожнини». Поняття «дискомфорт» розглядається як «суб'єктивно неприємне відчуття, яке пацієнт не може назвати болем, і яке характеризується або супроводжується відчуттям переповнення верхнього відділу черевної порожнини, почуттям швидкого насичення, здуттям, відрижкою, нудотою, позивами до блювання та/або блюванням». У коментарі робочої групи також вказано, що відповідно до Римських критеріїв III терміни «печія» та «ретростернальний біль» вилучено з визначення диспепсії, оскільки ці симптоми є помірно специфічними для гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

При детальному обстеженні у частини пацієнтів із подібними скаргами виявляють органічне захворювання (наприклад, виразку дванадцятипалої кишки або виразку шлунка), що є причиною симптомів диспепсії. У пацієнтів, при обстеженні яких не вдається виявити органічної природи симптомів, діагностується функціональна диспепсія (ФД).

Відповідно до Римських критеріїв III, діагноз «функціональна диспепсія» рекомендується застосовувати для визначення захворювання неорганічної природи, яке перебігає з типовим синдромом диспептичних скарг (епігастральний біль, швидке перенасичення, неприємне відчуття переповнення після їди, епігастральне печіння), які турбують пацієнта протягом останніх 3 місяців, якщо початок захворювання діагностовано щонайменше 6 місяців тому, і які не є проявом органічної патології, яка могла б спричинити подібні диспептичні симптоми.

У коментарі робочої групи вказано, що ФД є діагнозом виключення, а не первинним діагнозом. Щоб його встановити, слід виключити структурні зміни, захворювання обміну речовин і розлади, викликані споживанням алкоголю або прийомом лікарських засобів.

Алгоритм обстеження хворих із симптомами диспепсії, критерії відбору пацієнтів для виконання ендоскопії верхніх відділів ШКТ, рентгенологічного дослідження докладно розглянуто у клінічній настанові. Тут зазначимо, що під час збору анамнезу та об'єктивного обстеження також необхідно звертати увагу на так звані «знаки тривоги», які можуть супроводжувати диспептичні скарги і вказувати на наявність більш серйозних захворювань і станів. До них відносять:

- біль при ковтанні, порушення ковтання (дисфагія);

- симптоми втрати крові в ШКТ (явна або прихована кровотеча в ШКТ);
- нестримне блювання;
- ненавмисну втрату маси тіла;
- наявність пухлиноподібного утворення у верхньому відділі черевної порожнини;
- постійний біль, особливо інтенсивний вночі.

Етіопатогенез ФД продовжує вивчатися, хоча її пов'язують у першу чергу з аномаліями моторики шлунка та дванадцятипалої кишки, підвищенням чутливості внутрішніх органів і психологічними факторами.

Автори клінічної настанови рекомендують з метою уникнення суперечностей користуватися новою класифікацією диспепсії (Римські критерії III), відповідно до якої ФД поділяється на синдром епігастрального болю (СЕБ), який характеризується переважно скаргами на біль в епігастральній ділянці, та постпрандіальний дистрес-синдром, при якому переважають симптоми, пов'язані з порушенням моторики (відчуття переповнення, важкості в шлунку, насичення малими дозами їжі або нудоти).

Крім того, відповідно до домінуючих клінічних проявів виділяють три підтипи ФД (SIGN-68. 2003):

А. Виразковий тип, якщо домінуючий симптом – біль у верхній частині живота.

В. Дисмоторний тип (тип з порушенням моторики), якщо основний тип нездужання має характер не болю, а полягає у відчутті переповнення, важкості в шлунку, насиченні малими дозами їжі або нудоті.

С. Неспецифічний тип, якщо не задовольняються критерії ні виразкового, ні дисмоторного типу ФД.

Цей поділ не є концептуально цінним щодо клініки, оскільки у багатьох випадках симптоми накладаються. Крім того, не було встановлено зв'язку між різними проявами диспепсії і суб'єктивними функціональними змінами.

Питання лікування неускладненої ФД, у тому числі ерадикації інфекції *H. pylori* у хворих на ФД, також докладно розглянуто у клінічній настанові.

Зокрема вказано, що згідно з Маастрихтським консенсусом IV ерадикація *H. pylori* спричиняє стійке поліпшення у 1 із 12 пацієнтів з ФД, що ефективніше за будь-яке інше лікування.

Незначна кількість пацієнтів з діагнозом ФД (10%) можуть отримати користь від терапії, спрямованої на пригнічення кислотності (прийом інгібіторів протонної помпи (ІПП) або антагоністів гістамінових рецепторів). Реакція на кислото-супресивні засоби найбільш імовірна у пацієнтів із супутньою печією. Автори української клінічної настанови в якості кислото-супресивної терапії при СЕБ рекомендують застосування лише ІПП.

Немає даних, що підтверджують ефективність застосування антацидних засобів та цитопротекторних препаратів (з них в Україні зареєстрований хелатний комплекс вісмуту – вісмуту субцитрат) під час лікування ФД.

Існують докази, що підтверджують сприятливий ефект застосування антидепресантів при функціональних порушеннях роботи кишечника, однак при цьому немає доказів їх ефективності при ФД.

Прокінетики вважаються найбільш обґрунтованою терапією при дисмоторному клінічному підтипі ФД. У коментарі

робочої групи вказується на те, що згідно з Римськими критеріями III ефективність прокінетичних препаратів при ФД перевищує плацебо.

Згідно з чинним клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим на диспепсію, затвердженим наказом МОЗ України від 13.06.2005 № 271, монотерапія прокінетиками протягом 2-4 тиж при дисмоторному варіанті ФД включена до переліку медичних послуг обов'язкового асортименту.

Класичним і добре вивченим прокінетиком, що понад 30 років застосовується у розвинених країнах для лікування пацієнтів із ФД, є Мотиліум® (домперидон). За механізмом дії домперидон є блокаторм периферичних дофамінових рецепторів підтипу D₂. Мотиліум® безпосередньо усуває одну з частих причин виникнення диспептичних скарг – сповільнення евакуації їжі з шлунка до дванадцятипалої кишки.

Комплексна нормалізуюча дія препарату Мотиліум® на моторну функцію верхніх відділів травного каналу дозволяє зменшувати вираженість усіх симптомів ФД. Мотиліум® підвищує тону м'язового стравохідного сфінктера (при цьому усувається такий симптом, як відрижка, попереджається гастроєзофагеальний рефлюкс), нормалізує перистальтику шлунка, прискорює евакуацію шлункового вмісту до дванадцятипалої кишки (завдяки чому зникають відчуття важкості, переповнення, нудоти) (Г.А. Анохіна, 2012).

На відміну від прокінетиків центральної дії (цизаприду, метоклопраміду) домперидон практично не проникає крізь гематоенцефалічний бар'єр.

Окремо слід нагадати, що Мотиліум® є оригінальним препаратом і виробляється у Франції. Хоча на українському ринку представлено багато генериків домперидону, обсяг та рівень досліджень, необхідних для проведення їх адекватної оцінки, на жаль, не завжди відповідає сучасним міжнародним вимогам.

Призначаючи оригінальний лікарський засіб, лікарі можуть бути впевнені в його якості, безпечності та ефективності.

Підготував Дмитро Молчанов

37

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



1. В.Т. Івашкін, А.О. Шерстунін, 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 гастрину: дані про периферичну активність препарату, 1984.

Мотиліум®. Діюча речовина – домперидон. Склад діючої речовини: 1 таблетка містить домперидону 10 мг; допоміжні речовини: ядро: лактоза моногідрат, крохмаль кукурудзяний, целюлоза мікрокристалічна, крохмаль картопляний прежелатинізований, повідон, магнію стеарат, олія бавовняна гідрогенізована, натрію лаурилсульфат; плівкова оболонка: гіпромелоза, натрію лаурилсульфат. Лікарська форма: таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакологічна група: стимулятори перистальтики. Код АТС: A03F A03. Показання до застосування: для полегшення симптомів епігастрального дискомфорту та печії, що спостерігаються після їди, таких як відчуття переповненості шлунка, нудота, здуття в епігастральній ділянці та відрижка; для полегшення симптомів нудоти та блювання, що тривають менше 48 годин. Побічні ефекти: дуже рідко (<1/10 000) з боку імунної системи (алергічні реакції), з боку нервової системи (сухість у роті, сонливість), з боку шкіри та підшкірних тканин (свербінь, висипання), рідко (≥1/10 000 до <1/1000) з боку ендокринної системи (підвищений рівень пролактину), з боку шлунково-кишкового тракту (гастроінтестинальні розлади, включно з абдомінальним болем, регургітацією, зміною апетиту). За умови дотримання рекомендацій з дозування та тривалості лікування домперидон зазвичай переноситься добре і небажані явища виникають нечасто. Для більш докладної інформації див. інструкцію для медичного застосування. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з інструкцією та проконсультуватися з лікарем. Зберігати в недоступному для дітей місці. Додаткова інформація надається на вимогу. Представництво Cilag GmbH International в Україні: 01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 19-21. Тел: +38 (044) 498-08-88. P/л UA/10190/01/01 МОЗ України від 08.11.2010.