

Современные аспекты лечения функциональной диспепсии: роль диетических рекомендаций и медикаментозной терапии

Лекцию, посвященную этой актуальной проблеме современной гастроэнтерологии, прочла на научно-практической конференции «Дни гастроэнтерологии в Киеве» (15-16 ноября) профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук Елена Юрьевна Губская.



Е.Ю. Губская

В начале выступления профессор отметила широкую распространенность функциональной диспепсии (ФД) в популяции — от 12 до 54% по данным разных авторов, и представила несколько зарубежных публикаций, посвященных изучению эпидемиологии ФД и социально-экономических последствий этой проблемы. Практически каждый третий человек на протяжении жизни испытывает симптомы диспепсии. Это четвертый по частоте диагноз, который устанавливают семейные врачи и терапевты при первичном обращении (Talley et al., 1999). И хотя функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сами по себе не представляют серьезной угрозы для жизни и здоровья человека, они оказывают значительное негативное влияние на качество жизни, сопоставимое с таковым у лиц, страдающих бронхиальной астмой или воспалительными заболеваниями кишечника (Lix L.M. et al., 2008; Sundberg R. et al., 2009).

ФД чаще болеют женщины, чем мужчины. Частота диспепсических жалоб растет с возрастом. Влияние других демографических факторов на эпидемиологические показатели диспепсии не установлено. Диспепсия является одной из основных причин временной нетрудоспособности: за год 12,4% лиц с диспепсическими жалобами регулярно не выходят на работу (Piessevaux H. et al., 2009).

Актуальность проблемы подтверждается тем, что в рамках 20-й Объединенной европейской гастроэнтерологической недели, которая состоялась 20-24 октября в Амстердаме (Нидерланды), функциональным заболеваниям ЖКТ были посвящены три отдельных заседания.

Типичные симптомы диспепсии — ощущение тяжести, боль или дискомфорт в эпигастрии, вздутие, тошнота, отрыжка, быстрое насыщение. При первичном обращении пациента с такими жалобами может быть установлен предварительный диагноз «неисследованная диспепсия», после чего следует провести необходимый объем обследований, включая тестирование на наличие инфекции *Helicobacter pylori* и ФГДС с биопсией. ФД — это диагноз исключения. Он может быть установлен только после того, как при тщательном обследовании не было обнаружено органической или метаболической патологии, которая могла стать причиной диспепсических жалоб.

Не углубляясь в нюансы диагностики, лектор отметила многоликость клинической картины ФД (как и других функциональных расстройств ЖКТ). Со временем симптомы могут изменяться, что тревожит пациентов и заставляет их в очередной раз обращаться к врачам разных специальностей. Кроме того, у одного пациента может наблюдаться сразу несколько функциональных расстройств, например синдром раздраженной кишки и ФД. При этом наложение симптомокомплексов затрудняет выделение доминирующих симптомов и назначение эффективной терапии. Часто после устранения одного симптома пациент возвращается к врачу с другими жалобами.

Далее профессор напомнила, что в Римских критериях III выделены две основные клинические формы (подтипы) ФД: постпрандиальный дистресс-синдром, который определяется как ощущение переполнения, тяжесть в эпигастрии, быстрое насыщение, связанные с приемом пищи, и эпигастральный болевой синдром, который характеризуется преимущественно

жалобами на боль в эпигастрии (устаревшее название — язвенноподобный вариант).

В настоящее время развитие ФД связывают с изменением нервно-гуморальных регуляторных взаимоотношений между головным мозгом и пищеварительным каналом. Эти изменения приводят к нарушениям моторики желудка, которые составляют основу клинической картины ФД. Так, недостаточная релаксация дна желудка приводит к быстрому насыщению, вызывает ощущение тяжести после еды и изжогу. Нарушение волновой перистальтики желудка вызывает тяжесть, боли в эпигастральной области, тошноту или рвоту. Дисмоторика антрального отдела, помимо перечисленных симптомов ФД, может вызывать нарушения работы других отделов ЖКТ, желчного пузыря, поджелудочной железы.

Перейдя к вопросам лечения ФД, профессор прокомментировала основные положения унифицированного клинического протокола МЗ Украины, который регламентирует оказание медицинской помощи пациентам с диспепсией. На первом месте в протоколе стоят немедикаментозные подходы: соблюдение режима питания, диета, психологическая коррекция. Е.Ю. Губская отметила, что пациенты с ФД и так ограничивают себя во многих продуктах питания и акцентируют внимание на режиме, что часто приводит к нарушению нутритивного статуса. Питание должно быть сбалансированным и полноценным, предупреждать нарушения желудочной секреции и моторики и, что особенно важно, должно улучшать психоэмоциональное состояние пациента. Установлены действительно «проблемные» продукты, которые вызывают симптомы диспепсии у большинства пациентов: трансжиры, бобовые (содержат ингибиторы протеаз), злаки, насыщенные проламином, глиадином (рожь, пшеница, овес), продукты, насыщенные

гистамином и тирамином (сыры, красные вина, пиво), неперевариваемая клетчатка. Кроме того, пациентам с ФД и другими функциональными расстройствами ЖКТ можно рекомендовать диету FODMAP, которая была разработана в университете Monash (Мельбурн, Австралия) и уже получила признание в некоторых странах Европы, в частности Великобритании. В аббревиатуре FODMAP (Fermented Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols) зашифровано исключение продуктов, содержащих пять видов углеводов (лактозу, фруктозу, фруктаны, полиолы, или сахарные спирты, и галактаны), которые подвергаются особенно интенсивному брожению в ЖКТ и могут вызывать симптомы диспепсии. Лактоза и галактаны — компоненты молочных продуктов. Фруктозу в больших количествах содержат мед, яблоки, груши и фрукты с косточками (сливы, персики). Полиолами являются искусственные подсластители: сорбитол, маннитол, ксилит, мальтитол, изомальтоза. Фруктаны — это крахмалистые углеводы, которые содержатся в таких продуктах, как артишоки, спаржа, свекла, цикорий, все виды лука, чеснока, рожь, пшеница. Диету с исключением перечисленных продуктов рекомендуется назначать на пробный период в 1-2 нед. Если FODMAP-углеводы действительно являются причиной возникновения симптомов, улучшение может наступить уже через несколько дней. Затем можно постепенно вводить в рацион по одному из углеводов и попытаться таким образом определить, какой или какие FODMAP-углеводы вызывают диспепсию у данного пациента.

При выявлении у пациента с ФД инфекции *H. pylori* показана эрадикационная терапия. Медикаментозное лечение пациентов с ФД без инфекции *H. pylori* включает в зависимости от клинического варианта

назначение антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы (при эпигастральном болевом синдроме) и/или прокинетики (при доминировании жалоб по типу постпрандиального дистресс-синдрома). Возникновение симптомов диспепсии главным образом связано с нарушением моторики желудка, следовательно, применение прокинетики является обоснованным.

В качестве классического прокинетики с доказанной эффективностью в лечении пациентов с ФД профессор рассмотрела домперидон (препарат Мотилиум®). Он оказывает комплексное нормализующее влияние на моторику желудка:

- повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, препятствуя гастроэзофагальному рефлюксу;

- усиливает моторику желудка, устраняя основные клинические проявления ФД;

- улучшает антродуоденальную координацию, предупреждая дуоденогастральный рефлюкс и ускоряя эвакуацию содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку.

Эффективность и безопасность препарата Мотилиум® хорошо изучены в рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследованиях. В систематическом обзоре Moayyedi P. et al. (2005) проанализированы результаты 14 клинических исследований с участием 1054 пациентов, которые получали прокинетики для купирования симптомов неязвенной диспепсии. По результатам метаанализа прокинетики уменьшали выраженность симптомов диспепсии на 48%, что превысило эффективность H₂-гистаминоблокаторов (~22% по данным 11 исследований) и ингибиторов протонной помпы (~14% по данным 8 исследований).

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 шлунку²
- ✓ Надійний профіль безпеки³

1. В.Т. Івашкін, А.О. Шептулін, О.К. Баранська, О.С. Труханов. Методичний посібник «Обстеження та лікування хворих з синдромом диспепсії», Москва, 2001.

2. Максимальна концентрація в плазмі крові досягається приблизно через 30-60 хв. (див. інструкцію для медичного застосування лікарського засобу Мотиліум®).

3. Е. Масці. Відсутність впливу домперидону на секрецію гастрину: дані про периферичну активність препарату, 1984.

Мотиліум®. Діюча речовина — домперидон. **Склад:** діюча речовина: 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. **Фармакотерапевтична група:** стимулятори перистальтики. Код АТС: A03F A03. **Показання до застосування:** для поліпшення симптомів епігастрального дискомфорту та печії, що виникають після їди, таких як відчуття переповненості шлунка, нудота, здуття в епігастральній ділянці та відрижка; для поліпшення симптомів нудоти та блювоти, 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, безсоння), з боку шкіри та підшкірних тканин (свербіж, висипання), рідко (≥1/10 000 до <1/1000) з боку ендокринної системи (підвищення рівня пролактину), з боку шлунково-кишкового тракту (гастроінтестинальні розлади, включно з абдомінальним болем, регургітацією, зміною апетиту). За умов 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/n UA/10190/01/01 МОЗ України від 08.11.2010.