



Диспепсия: эпидемиологические, клинические и профилактические аспекты

Диспепсия, или нарушение пищеварения, – патологическое состояние, которое характеризуется симптомами, локализованными в верхней части живота, такими как боль в эпигастрии, ощущение переполнения, вздутие и дискомфорт. Ведущим симптомом, как правило, является боль переменной интенсивности. Диспепсический синдром чаще всего вызывается переизбытком или употреблением определенных продуктов. В некоторых случаях диспепсия может проявляться ощущением жжения и спазмами после эмоциональных переживаний. По современным представлениям, диспепсия является психосоматическим расстройством, обусловленным функциональными нарушениями нервной системы и дискоординацией моторики желудка и тонкого кишечника.

Эпидемиология

Диспепсия имеет высокую эпидемиологическую значимость, составляя 2–5% всех причин обращений к семейному врачу и 20–45% – к гастроэнтерологу. Три четверти пациентов, предъявляющих жалобы на симптомы со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), не имеют каких-либо структурных повреждений и соответствуют критериям функциональной диспепсии; у остальных обнаруживаются системные проявления, такие как язвенная болезнь, хронический панкреатит, рак желудка и др. В целом считается, что те или иные симптомы диспепсии периодически испытывает примерно половина населения.

На органном и функциональном уровнях диспепсия выражается в том, как человек и его ЖКТ реагируют на пищу. В свою очередь, чувствительность к пище и сложные процессы пищеварения зависят от множества факторов.

Диспепсия может наблюдаться у мужчин и женщин любого возраста, однако чаще встречается у женщин 16–60 лет. У женщин симптомы диспепсии часто проявляются во время менструаций или беременности. Значимым фактором риска развития диспепсии также является курение.

К гастроинтестинальным расстройствам, способным вызывать диспепсию, относятся аэрофагия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, непереносимость лактозы, синдром раздраженного кишечника (СРК) и др. СРК и диспепсия часто сопутствуют друг другу, что объясняется общим патогенетическим механизмом – висцеральной гиперчувствительностью. Коморбидность ГЭРБ и диспепсии обусловлена высокой соматизацией, в особенности расстройствами сна и нерациональным использованием лекарственных препаратов.

С диспепсией также ассоциируются многие негастроинтестинальные заболевания: сахарный диабет, гиперпаратиреоз, хроническая болезнь почек, холецистит, тревожные и депрессивные расстройства и т. д.

Факторы, влияющие на процессы пищеварения

Пищеварение индивида зависит прежде всего от наследственности (наличия либо отсутствия определенных ферментов, нарушенной конформации пищеварительных органов или их сегментов) и нейровегетативного тонуса (сочетания нейрогуморальных и эндокринных факторов, участвующих в процессах пищеварения). Появлению диспепсии способствуют перенесенные в детстве острые гастроинтестинальные заболевания; хронические заболевания ЖКТ; патология пищеварительного тракта, требующая хирургического лечения; инфекционные заболевания с вовлечением ЖКТ; длительный прием некоторых лекарственных средств (например, нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, эстрогенов), злоупотребление кофеином и алкоголем.

Особенности современного образа жизни обусловили сформирование диспепсии,

которая обычно возникает непосредственно после переизбытка или психического стресса и длится несколько дней.

Функциональные расстройства пищеварения с диспепсическими симптомами могут развиваться при избыточном поступлении определенных продуктов (например, мяса, макаронных изделий, овощей с высоким содержанием целлюлозы). Непереваренные углеводы подвергаются ферментации кишечными бактериями, что сопровождается повышенным образованием газов и такими симптомами, как вздутие, урчание и флатуленция. Стул при этом имеет светлый окрас и кислую реакцию. При избыточном употреблении мяса и мясных продуктов в кишечнике активизируются процессы гниения; стул становится пастообразным, приобретает неприятный запах и щелочную реакцию. Так называемая жировая диспепсия возникает при поступлении жиров в количестве, превышающем функциональные возможности поджелудочной железы; проявляется снижением аппетита, ощущением переполнения, отрыжкой, вздутием и спазмами примерно через час после еды.

При наличии отягощающих факторов (дисбактериоза, пищевой аллергии, кишечных гельминтозов) компоненты трудноперевариваемой пищи и токсины кишечных бактерий могут проникать через кишечную стенку и абсорбироваться в кровоток, вызывая диспепсические симптомы.

Психологические факторы, такие как тревога, стресс или гнев, способствуют нарушению нервных механизмов, ответственных за согласованную работу мышц желудка и кишечника.

Клинические аспекты

Диспепсия может персистировать на протяжении многих лет, периодически проявляясь симптомами. В соответствии с Римскими критериями II функциональная диспепсия диагностируется при наличии абдоминальной боли или дискомфорта в эпигастрии на протяжении по крайней мере 12 нед в течение последнего года, которые не могут быть объяснены данными исследования верхних отделов ЖКТ. Римские критерии III требуют наличия симптомов на протяжении не менее 3 мес с началом заболевания в пределах последних 6 мес.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов различают три клинические формы диспепсического синдрома: рефлюксную (регургитация, отрыжка, жжение за грудиной), язвенную (боль в эпигастрии, ощущение дискомфорта на голодный желудок) и дискинетическую (коликообразные боли, вздутие). При этом ведущим симптомом для всех трех форм является боль, которая может ощущаться как абдоминальный дискомфорт или боль во всем животе, в боку, в правом или левом подреберье либо в эпигастрии. Иногда боль ощущается в виде спазмов. Боль может иметь пищеводное, желудочное, панкреатическое, билиарное или тонкокишечное происхождение; быть постоянной или периодической; беспокоить больше всего после еды или в ночное время. Еще одна

группа диспепсических симптомов является следствием избыточного газообразования в пищеварительном тракте и манифестирует отрыжкой, флатуленцией, урчанием и вздутием живота. Некоторые больные могут отмечать снижение аппетита и потерю веса. Несмотря на это, общее состояние пациентов в большинстве случаев хорошее.

Профилактика и лечение

Основу профилактики и лечения диспепсии составляют диетический и гигиенический подходы. Выбор диеты должен осуществляться с учетом кислотопродуцирующей функции желудка, особенностей моторики желудка и тонкого кишечника, субъективных симптомов, наличия системных заболеваний, ассоциированных с диспепсией (гельминтозов, желчнокаменной болезни, дискинезии желчевыводящих путей, колонопатии, аппендицита, аднексита и т. п.).

При персистировании симптомов для их контроля может назначаться фармакотерапия. Препаратами выбора являются прокинетики, такие как итоприд, и селективные миорелаксанты, к которым относится

мебеверин. У некоторых пациентов определенный эффект могут оказать антидепрессанты. Кроме того, могут назначаться ингибиторы протонной помпы, H₂-блокаторы и антибиотики. При жировой диспепсии показаны высокодозовые препараты панкреатина в форме минимикросфер с кишечнорастворимой оболочкой. Наконец, если диспепсия имеет специфическую причину (язвенная болезнь, гастрит и т. д.), устранение таковой уменьшает симптомы.

Любое нарушение нормального функционирования нервной системы или мышечной активности пищеварительного тракта может вызвать диспепсию, при этом имеют значение избыточное поступление пищи, несоответствие качественно-количественного состава поступающей пищи возможностям пищеварения, наследственные и приобретенные факторы, психологические условия принятия пищи и др. Диагноз функциональной диспепсии устанавливается по наличию типичных симптомов и при исключении органической патологии ЖКТ, негастроинтестинальных заболеваний и психических отклонений. Лечение диспепсии проводится с помощью диеты и оздоровления образа жизни; при необходимости могут назначаться современные эффективные и безопасные препараты – селективные миотропные спазмолитики (мебеверин) и прокинетики с избирательным действием в верхних отделах пищеварительного тракта (итоприд).

По материалам статьи: Buijbu C., Macovei A. Clinical, epidemiological and prophylactic aspects of dyspepsia. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2014 Jan-Mar; 118 (1): 141-146.

Подготовил **Алексей Терещенко**

Ганатон®

Итоприда гидрохлорид

Впервые в Украине!

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА. СТИМУЛЯТОРЫ ПЕРИСТАЛЬТИКИ.

Показания

- БОЛЬ И ДИСКОМФОРТ В ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЖИВОТА
- ОЩУЩЕНИЕ БЫСТРОГО НАСЫЩЕНИЯ
- ИЗЖОГА

- ТОШНОТА
- ВЗДУТИЕ ЖИВОТА
- РВОТА

Регистрационное удостоверение № UA/12614/01/01
 Состав. Действующее вещество: 1 таблетка содержит 50 мг итоприда гидрохлорида.
 Лекарственная форма. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Фармакотерапевтическая группа. Стимуляторы перистальтики. Код АТС A03F A. Показания. Кулирование желудочно-кишечных симптомов функциональной неязвенной диспепсии (хронического гастрита), а именно: вздутие живота; ощущение быстрого насыщения; боль и дискомфорт в верхней части живота; акрогастр; изжога; тошнота; рвота. Противопоказания. Повышенная чувствительность к итоприду гидрохлориду и другим компонентам препарата. Состояния, при которых повышение сократительной активности желудочно-кишечного тракта может быть вредным, например при желудочно-кишечном кровотечении, кишечной обструкции или пилороспазме.
 Способ применения и дозы. Для взрослых рекомендуемая доза составляет 150 мг в сутки (по 1 таблетке 50 мг) 3 раза в день перед приемом пищи). Указанная доза может быть снижена с учетом возраста пациента и симптомов. Побочные реакции, о которых сообщалось во время клинических исследований. Во время клинических исследований (III фазы) итоприда гидрохлорид переносился хорошо, о развитии серьезных побочных реакций не сообщалось. В целом сообщалось о 19 случаях возникновения побочных реакций, которые наблюдались у 14 из 572 пациентов, что составляет 2,4%. Большинство отмеченных побочных реакций, наблюдавшихся больше чем у одного пациента, составляли: диарея (0,7%), головная боль (0,3%), боль в животе (0,3%). Отклонения лабораторных показателей, которые наблюдались во время клинических исследований: снижение уровня лейкоцитов (лейкопения) (0,7%), повышение уровня пролактина (0,3%). Применение в период беременности или кормления грудью. Итоприда гидрохлорид не следует применять во время беременности. Итоприда гидрохлорид проникает в грудное молоко. Должно быть принято соответствующее решение относительно прекращения грудного вскармливания или прекращения лечения, учитывая важность терапии для матери. Дети. Безопасность применения итоприда гидрохлорид детям в возрасте до 16 лет не установлена. Особенности применения. Итоприда гидрохлорид усиливает действие ацетилхолина и может проявлять холинергические побочные реакции. Данные о длительном применении отсутствуют. Итоприда гидрохлорид следует назначать с осторожностью пациентам пожилого возраста. Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия. Осторожно необходимо быть при применении лекарственных средств с низким терапевтическим индексом, лекарственных форм с замедленным высвобождением или с кишечнорастворимой оболочкой. Антихолинергические лекарственные средства могут ослабить действие итоприда гидрохлорид. Срок годности. 3 года. Условия хранения. Хранить в недоступном для детей месте. Упаковка. 10 таблеток в блистере, по 4 блистера в картонной коробке. Категория отпуска. По рецепту. Полная информация находится в инструкции для медицинского применения препарата.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
 Сообщить в Abbott о нежелательном явлении при применении препарата или о жалобе на качество препарата Вы можете по телефону (круглосуточно) в Украине (и странах СНГ) +380 44 498 0080.
 FR-UA-GAN-07(03/14)

Абботт — первая скрипка в гастроэнтерологии