

У фокусі уваги сімейного лікаря — пацієнт із функціональною диспепсією: оптимізація ведення



І.Л. Височина

Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є однією з найактуальніших проблем сучасної гастроентерології. Глобальна поширеність функціональної диспепсії (ФД) у дорослих становить 20,8%, а в Україні цей показник зростає до 30-40%. Серед усіх гастроентерологічних скарг майже 40% припадає на симптоми диспепсії, що часто зумовлює велику кількість дискусійних питань щодо її діагностики та лікування. Пропонуємо до уваги читачів доповідь завідувачки кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпровський державний медичний університет», доктора медичних наук, професора Ірини Леонідівни Височиної, яка була представлена під час нещодавньої науково-практичної конференції «IX наукова сесія Інституту гастроентерології НАМН України. Новітні технології в теоретичній та клінічній гастроентерології».

Ведення пацієнтів на будь-якому рівні надання медичної допомоги має власну нормативну базу та рекомендації, структуровані профільними міжнародними організаціями. Для корекції диспепсії в пацієнтів користуються Римськими критеріями IV (2016) та наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 р. № 600 «Ведення диспепсії в дорослих».

Римські критерії IV визначають диспепсію як будь-яку комбінацію 4 симптомів: постпрандіального переповнення, раннього насичення, епігастрального болю й епігастральної печії, які є досить сильними, щоб перешкодити повсякденній діяльності, та з'являються щонайменше 3 дні на тиждень протягом 3 міс за останні півроку.

ФД характеризують як відчуття болю чи дискомфорту, локалізоване у верхньому відділі черевної порожнини. Під локалізацією слід розуміти патологічні відчуття в ділянці середньої лінії живота чи ближче до неї. Біль у зоні правого або лівого підребер'я не належить до синдрому диспепсії. Термін «дискомфорт» розглядають як суб'єктивне неприємне відчуття, котре пацієнт не може назвати болем і яке характеризується чи супроводжується відчуттям переповнення верхнього відділу черевної порожнини, швидкого насичення, здуттям, відрижкою, нудотою, позивами на блювання та/або блюванням.

Патофізіологічні чинники розвитку ФД:

- порушення евакуаторної функції шлунка;
- розлади акомодативної функції шлунка (порушення розслаблення фундального відділу після прийому їжі);
- гіперчутливість шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) до розтягнення, соляної кислоти й ліпідів;
- перенесені інфекції ШКТ;
- запалення слизової оболонки ДПК низької активності;
- підвищення проникності слизової оболонки ДПК;
- збільшення вмісту еозинофілів у слизовій оболонці ДПК (дуоденальна еозиніфілія).

Для практичного лікаря важливим є розуміння видів і симптомів диспепсії з огляду на Римські критерії IV.

Симптоми ФД:

- біль у верхній ділянці живота;
- відчуття переповнення шлунка після їди;
- раннє насичення;
- нудота;
- відрижка;
- печія.

Залежно від наявності в пацієнта симптоматики диспепсія розподіляється на:

✓ синдром епігастрального болю, який діагностується при переважнанні помірних або виражених болів та/або печіння в епігастрії;

✓ постпрандіальний дистрес-синдром – відчуття переповнення в надчеревній ділянці та раннє насичення, що спостерігається >3 р/тиж і завжди з'являється після їди.

Варто зазначити, що постпрандіальний дистрес-синдром спостерігається в 38% випадків, епігастральний болізовий синдром – у 27%, а 35% пацієнтів відповідають критеріям обох діагнозів. Високій показник комбінованих форм свідчить не лише про «перехрест» різних видів диспепсії між собою, а й про комбінацію

ФД та інших захворювань ШКТ за рахунок схожості їхньої симптоматики, що може ускладнити встановлення діагнозу. Найлегше сплутати ФД із гастроезофагіальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ), синдромом подразненого кишечника (СПК) або ідіопатичним гастропарезом, які також досить часто трапляються в практиці лікаря. Наприклад, у роботі С. Pleyer і співавт. зазначено про значну частоту помилок під час встановлення діагнозу через схожість симптомів ГЕРХ і ФД у хворих.

Іноколи в пацієнта можуть бути наявні одразу декілька функціональних розладів. Зокрема, згідно з епідеміологічними дослідженнями S. Rasmussen і співавт., Х. Yao та співавт., кількість пацієнтів, які страждають одночасно на ФД і СПК, становить ≈30%, а 86% хворих з ідіопатичним гастропарезом мали діагностичні критерії ФД. Саме тому при надходженні таких хворих лікар має провести необхідне обстеження для диференційної діагностики та правильного підходу до пацієнта з «перехрестом» розладів ШКТ.

Для зменшення кількості помилок під час діагностики ФД спікерка рекомендує використовувати тези ГО «Українська гастроентерологічна асоціація» (2020), наведені в таблиці.

Золотим стандартом для діагностики диспепсії є Римські критерії IV, відповідно до яких діагноз ФД встановлюють за наявності в пацієнта протягом 3 міс за останні півроку щонайменше одного з нижчезазначених симптомів:

- відчуття важкості після вживання їжі;
- відчуття швидкого насичення;
- епігастральний біль;
- відчуття печіння в епігастрії;
- відсутність органічних захворювань, які дали би змогу пояснити наявні симптоми.

Діагноз епігастрального болізового синдрому (ФД-ЕБС) встановлюється за наявності впродовж 3 міс за останні півроку інтермітуючого помірного болю та/або печії, що локалізуються в епігастрії та непокоїть хворого щонайменше 1 р/тиж і які:

- не є генералізованими чи такими, що локалізуються в інших відділах живота або грудної клітки;
- не надають полегшення після дефекації чи флатуленції;
- не відповідають критеріям діагностики розладів жовчного міхура чи сфінктера Одді.

Діагноз постпрандіального дистрес-синдрому (ФД-ПДС) встановлюють за наявності в пацієнта протягом 3 міс за останні півроку щонайменше одного із зазначених симптомів:

- відчуття важкості після вживання їжі, яке з'являється декілька разів на тиждень;
- швидке насичення, що унеможливило додання звичайної порції до кінця та яке з'являється декілька разів на тиждень.

Лікування ФД насамперед передбачає проведення загальних заходів: навчання хворих, нормалізація способу життя, дієтичні рекомендації (часте дробове харчування з обмеженням вмісту жирів), відмова від кави, куріння, алкоголю та неконтрольованого прийому нестероїдних протизапальних препаратів.

Медикаментозна терапія ФД визначається варіантом її перебігу: за ФД-ПДС лікування рекомендується розпочинати з призначення прокінетиків, а при ФД-ЕБС як препарати першої лінії використовують інгібітори протонної помпи та H₂-блокатори.

Однак останніми роками думка щодо прокінетиків змінюється. Наприклад, в останніх рекомендаціях Американської колегії гастроентерології (ACG), Канадської асоціації гастроентерологів (CAG) запропоновано призначати прокінетики як медикаментозне лікування незалежно від виду ФД; за даними R. Pittayanon і співавт., прокінетики є препаратами вибору при диспепсії за рахунок покращення стану пацієнтів і мінімізації побічного ефекту (порівняно з плацебо).

Ірина Леонідівна зауважила, що прокінетики дедалі частіше застосовуються для лікування пацієнтів із ФД-ПДС, адже вони стимулюють скорочення непосмугованої мускулатури ШКТ, сприяють випорозженню шлунка та полегшують симптоми зазначеного розладу. Для фармакотерапії часто застосовують антагоністи дофамінових D₂-рецепторів, як-от метоклопрамід, алзаприд або клеопрід, однак їхнє використання пов'язане з розвитком екстрапірамідних порушень. Окрім того, за даними M. Camilleri та співавт., P. Enck і співавт., більшість антагоністів D₂-рецепторів за тривалого застосування зумовлюють гіперпролактинемію, підвищують ризик розвитку галактореї та гінекомастії. Іншим широко застосовуваним прокінетиком є домперидон, який також має серйозний побічний ефект – подовження інтервалу QT.

Який прокінетик краще обрати? Для лікаря важливими є безпечність препарату та відсутність тяжких побічних ефектів, здатних погіршити якість життя пацієнта не менше за основну патологію. Саме завдяки надійному терапевтичному ефекту та безпечності використання чимраз більшої популярності набуває ітоприд як препарат вибору в пацієнтів із ФД. Ітоприд має подвійний механізм дії за рахунок антагонізму з D₂-рецепторами й інгібувального впливу на ацетилхолінестеразу.

Про високу ефективність препарату свідчить метааналіз 9 клінічних досліджень із загальною кількістю 2620 пацієнтів, з яких 1372 отримували ітоприду гідрохлорид. За його даними, 70% хворих на ФД досягли значного симптоматичного поліпшення після лікування прокінетиками, особливо в групі хворих, які приймали ітоприду гідрохлорид, а метааналіз X. Huang і співавт. свідчить про істотні клінічні переваги препарату в полегшенні симптомів постпрандіального переповнення, раннього насичення й рідшого розвитку побічних ефектів (порівняно з іншими прокінетиками). Серед досліджуваної групи лише 0,7% пацієнтів скаржилися на діарею й лише 0,3% – на болі в животі чи головний біль, а загальна переносимість лікарського засобу оцінюється як «хороша – відмінна – задовільна», що підтверджено опитуванням за участю 3703 пацієнтів і 918 лікарів.

Ітоприд не впливає на інтервал QT і не спричиняє екстрапірамідних розладів, тому добре переноситься хворими. Результати застосування ітоприду гідрохлориду в >10 млі пацієнтів не виявили жодного випадку подовження інтервалу QT. Завдяки такому профілю безпеки ітоприд можна приймати до 8 тиж (порівняно з іншими прокінетиками).

Крім того, доведено, що використання ітоприду гідрохлориду дає можливість уникнути небажаних взаємодій з іншими препаратами, адже він первинно метаболізується флавіномоноксигеназою, а не системою CYP, що дає змогу додатково поєднувати ітоприд з антисекреторними засобами, антацидами, альгінатами, ферментними препаратами й урсодезоксихолевою кислотою.

На вітчизняному фармацевтичному ринку ітоприду гідрохлорид представлений препаратом Мотоприд, який виготовляється на виробничих потужностях АТ «Київський вітамінний завод». Українські лікарі мають значний клінічний досвід застосування Мотоприду, який продемонстрував високу ефективність і безпеку.

Мотоприд показаний для купірування шлунково-кишкових симптомів функціональної невразової диспепсії (хронічного гастриту), а саме:

- здуття живота;
- відчуття швидкого насичення;
- біль і дискомфорт у верхній частині живота;
- анорексія;
- печія;
- нудота;
- блювання.

Для дорослих рекомендована доза становить 150 мг на день – по 1 таблетці (50 мг) 3 рази на добу перед прийомом їжі. Зазначену дозу можна знизити з урахуванням віку пацієнта та редукції симптомів.

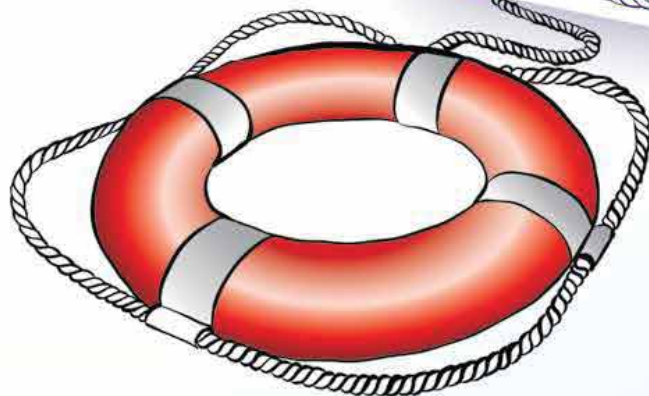
Підготував **Евгеній Ботаневич**



Таблиця. Тези ГО «Українська гастроентерологічна асоціація» щодо диспепсії

Теза 1	Диспепсія – це будь-який середній епігастральний біль / печіння / дискомфорт, відчуття переповнення після їди, раннього насичення, відрижка, печія, нудота/блювання, здуття в епігастрії, що свідчать про залучення верхніх відділів ШКТ і наявні не менш як 4 тиж. Диспепсію варто трактувати подвійно – як синдром (вторинна диспепсія – ВД), і як самостійну нозологічну форму (ФД)
Теза 2	Як попередній діагноз у неостеженого первинного хворого слід використовувати термін «необстежена диспепсія». Після відповідного дообстеження всі пацієнти із симптомами диспепсії можуть бути розподілені на 2 основні групи: з ВД і ФД
Теза 3	ВД діагностують у пацієнтів з органічними, системними чи метаболічними причинами диспепсичних симптомів, чи можуть бути ідентифіковані при проведенні таких діагностичних процедур, як ЕГДС та УЗД органів черевної порожнини, а також шляхом лабораторної діагностики. У разі відповідного лікування симптоми диспепсії зазвичай значно зменшуються або повністю зникають
Теза 4	Нр-асоційовану диспепсію, згідно з Кіотським глобальним консенсусом, розглядають як підгрупу ВД, симптоми якої протягом 6-12 міс зникають або значно зменшуються після ерадикації
Теза 5	ФД, яка є самостійною нозологічною формою, діагностується в пацієнтів із наявністю ≥1 симптому: відчуття переповнення після прийому їжі, швидке насичення, епігастральний біль або печіння, котрі неможливо пояснити стандартними клінічними обстеженнями ЕГДС, УЗД органів черевної порожнини та лабораторними аналізами
Теза 6	Етіологія та патофізіологія ВД зумовлені сплутаним захворюванням або станом. Етіологія ФД точно невідома. Як імовірні чинники ризику ФД розглядають дисморфні розлади, висцеральну чутливість, гіперчутливість ДПК до еліпідів, низькоінтенсивне запалення й імунну активацію слизової оболонки, дуоденальну еозиніфілію, психосоціальні розлади, зв'язок із перенесеними гострими кишковими інфекціями

НАДІЙНИЙ ПАТРУЛЬ!



- здуття живота
- відчуття швидкого насичення
- біль та дискомфорт у верхній частині живота
- анорексія • печія • нудота
- блювання



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!