



Н.В. Харченко, Г.А. Анохина,
И.А. Коруля, О.Н. Кисла, Д.Т. Джанелидзе

Национальная медицинская академия
последипломного образования
имени П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев

Оптимизация лечения больных функциональной диспепсией

Ключевые слова

Функциональная диспепсия, комбинированные препараты.

Функциональная диспепсия (ФД) является наиболее частой причиной диспептических расстройств у больных гастроэнтерологического профиля молодого и среднего возраста. Несмотря на отсутствие структурных изменений верхних отделов пищеварительного тракта, пациенты с ФД отмечают значительное снижение качества жизни.

Согласно Римским критериям III для постановки диагноза ФД у пациента должны иметь место одна или более из следующих жалоб: неприятное постпрандиальное переполнение, быстрое насыщение, эпигастральная боль или жжение. При этом жалобы должны иметь место в течение последних 3 мес при начале заболевания более 6 мес назад. Должны отсутствовать данные о наличии органической патологии, в том числе по результатам эндоскопии, которые могли бы объяснить наличие этих жалоб.

Диагноз ФД является диагнозом исключения и подтверждается отсутствием структурных изменений со стороны пищевода и желудка. При этом пациенты должны хотя бы в течение более 3 мес (до 6 мес) до постановки диагноза жаловаться на один или более из следующих симптомов: беспокоящее ощущение тяжести в желудке после приема пищи, раннее насыщение, боль или жжение в эпигастрии. На основании этих симптомов согласно Римским критериям III ФД делят на две подгруппы: на дистресс-синдром после переиздания (Postprandial Distress Syndrome – PDS) и синдром боли в эпигастрии (Epigastric Pain Syndrome – EPS).

PDS включает один или два из указанных симптомов длительностью более 3 мес в течение 6 мес до постановки диагноза: беспокоящее чув-

ство переполнения в желудке после приема обычного объема пищи, по крайней мере несколько раз в неделю, и/или быстрое перенасыщение, которое отражает окончание приема пищи и наблюдается несколько раз в неделю. Подтверждающими критериями PDS являются: вздутие в верхней части живота, тошнота или чрезмерная отрыжка, а также сопутствующий эпигастральный болевой синдром. Большинство этих симптомов связывают в основном с нарушениями моторной функции желудка.

Клиника EPS включает: боль или жжение в эпигастрии, наблюдающиеся несколько раз в неделю и существующие более 3 мес как минимум в течение 6 мес до постановки диагноза, при отсутствии боли в других областях живота или грудной клетки, боль не уменьшается после дефекации или отхождения газов, не связана с патологией желчного пузыря или сфинктера Одди. Дополнительными критериями для диагностики EPS являются: боль в эпигастрии, но без ретро-стернального компонента, чаще боль связана с приемом пищи, но может возникать и натощак, возможно сочетание с PDS.

Согласно информации, накопленной на данное время, ключевыми механизмами ФД являются различные нарушения моторики и висцеральной чувствительности желудка. Пациенты с ФД испытывают более тяжелые ощущения дискомфорта в области живота на разных уровнях внутрижелудочного давления, чем здоровые. Соответственно, порог начальной болевой чувствительности у пациентов с ФД значительно ниже среднего уровня. Доказано, что у больных с ФД имеет место повышенная чувствительность желудка не только к механическим стимулам, но и к повыше-

нию желудочной секреции. При внутрижелудочном введении кислоты у больных ФД возникают признаки висцеральной гиперчувствительности, снижение кислотного клиренса. У пациентов с ФД нарушены аккомодационные способности желудка и перераспределение содержимого в различных отделах желудка, аккомодация проксимальных отделов желудка снижена более чем на 40 %, ускорение или задержка опустошения желудка имеют место у 21 % пациентов. Более чем у 40 % пациентов с ФД нарушена аккомодация проксимальных отделов желудка, около 20 % пациентов страдают из-за замедленного опустошения желудка. В целом около 60 % пациентов имеют одно или более нарушение моторной или аккомодационной функций желудка.

Патогенез ФД имеет сложный характер и, согласно существующим взглядам, включает расстройства нейрогуморальной регуляции, нарушения центральных и периферических механизмов деятельности желудка, которые могут быть вызваны эмоциональными, психическими расстройствами и другими неблагоприятными факторами, что необходимо учитывать для оптимизации лечения больных с данной патологией.

Лечение больных ФД должно быть индивидуальным, с учетом всех возможных механизмов развития заболевания. Больному следует модифицировать образ жизни и питания, отказаться от вредных привычек. Так, следует избегать переедания, отказаться от употребления острой и раздражающей пищи, необходимо поддерживать идеальную массу тела. Должен быть пересмотрен список принимаемых лекарственных средств

с учетом их возможных побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и лекарственного взаимодействия. Медикаментозная терапия ФД предусматривает прием препаратов, подавляющих избыточную кислотность, а также прокинетики, цитопротекторы, висцеральных анальгетиков, антидепрессантов, спазмолитиков, пеногасителей, противорвотных, растительных средств, эрадикацию *Helicobacter pylori*.

В большинстве исследований по лечению ФД показано, что в плане подавления кислотности ингибиторы протонной помпы являются наиболее эффективными препаратами. Хорошие результаты лечения получены при применении D₂-агонистов, таких как домперидон или метоклопрамид. В частности, домперидон оказался более эффективным в большинстве исследований и показал способность уменьшать проявления постпрандиального дистресс-синдрома у больных с ФД путем значительного улучшения функции эвакуации желудочного содержимого.

Нами проведено изучение клинической эффективности комбинированного препарата «Омес ДСР», в состав которого входит 30 мг домперидона и 20 мг омепразола, в лечении 30 больных ФД. В зависимости от назначенного лечения больные были распределены в две группы: основную — 15 больных ФД, которым назначали «Омес ДСР» по 1 капсуле за 15 мин до еды, и группу сравнения — 15 больных, которые получали омепразол в дозе 20 мг. Курс лечения составил 4 недели.

Результаты эффективности лечения приведены в таблице.

Таблица. Частота клинических проявлений ФД у обследованных больных

Клинические проявления	Основная группа (n = 15)		Группа сравнения (n = 15)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Тяжесть в эпигастрии	14 (93,3 %)	1 (6,7 %)	15 (93,3 %)	11 (66,6 %)
Раннее насыщение	13 (86,6 %)	2 (13,3 %)	12 (80 %)	9 (60 %)
Боль в эпигастрии	12 (80 %)	0	11 (73,3 %)	1 (6,7 %)
Чувство жжения в эпигастрии	6 (40 %)	1 (6,7 %)	6 (40 %)	2 (13,4 %)
Частые отрыжки	10 (66,6 %)	2 (13,4 %)	11 (73,3 %)	7 (46,7 %)
Метеоризм	12 (80 %)	2 (13,4 %)	10 (66,6 %)	7 (46,7 %)
Тошнота	7 (46,7 %)	0	8 (53,3 %)	4 (26,7 %)
Повышенная утомляемость	14 (93,3 %)	10 (66,7 %)	14 (93,3 %)	12 (80 %)
Угнетенное настроение	10 (80 %)	7 (46,7 %)	11 (73,3 %)	9 (60 %)
Нарушение сна	11 (73,3 %)	6 (40 %)	12 (80 %)	10 (66,7 %)
Психоэмоциональная лабильность	14 (93,3 %)	12 (80 %)	14 (93,3 %)	12 (80 %)
Частая головная боль	10 (66,6 %)	5 (33,3 %)	11 (73,3 %)	7 (46,7 %)

Из гастроэнтерологических жалоб у обследованных больных преобладали такие симптомы как тяжесть в эпигастральной области, чувство раннего насыщения. Боль локализовалась в верхней части живота, возникала после приема пищи, носила ноющий характер. 40 % больных предъявляли жалобы на жжение в эпигастральной области. Метеоризм также был достаточно распространенным явлением у обследованных больных. Из общих проявлений преобладали жалобы на повышенную утомляемость, психоэмоциональную лабильность, угнетенное настроение, нарушение сна и склонность к частой головной боли.

Анализ клинических проявлений ФД у больных после лечения показал, что терапия с использованием комбинированного препарата «Омез ДСР» более эффективно устраняет гастроэнтерологические проявления ФД по сравнению с лечением с использованием только ингибитора протонной помпы. Так, доля пациентов с наиболее специфическими симптомами ФД (тяжесть в эпигастрии и раннее насыщение) уменьшилась с 93,3 до 6,7 % и с 86,6 до 13,3 % соответственно, в то время как у больных группы сравнения — осталась значительно выше. Применение препарата «Омез ДСР» эффективно устраняло боль и чувство жжения в эпигастрии, отрыжку и тошноту. Отличительной особенностью комбинированного препарата ДСР является медленное освобождение компонентов, что позволяет оказывать пролонгированное действие на функциональное

состояние желудка на протяжении суток. Известно, что при ФД изменяется также ритм моторных и секреторных нарушений под влиянием различных факторов, включая, пищевые, психоэмоциональные. Пролонгированное действие препарата позволяет оказывать лечебное воздействие длительное время. Снижение частоты и выраженности гастроэнтерологических проявлений ФД у больных основной группы способствовало улучшению общего состояния. После лечения количество больных в основной группе с нарушениями сна, психоэмоциональной лабильностью значительно уменьшилось. Для нормализации психоэмоционального состояния больных ФД требуется более длительное время, а в некоторых случаях, кроме коррекции образа жизни и характера питания, необходима психологическая помощь и использование антидепрессантов.

Выводы

Для оптимизации лечения больных с ФД следует отдавать предпочтение комбинированным препаратам, содержащим омепразол и домперидон, которые оказывают комплексное влияние на основные патогенетические механизмы, обуславливающие клиническую симптоматику заболевания ФД.

Использование препарата «Омез ДСР» (Dr. Reddy's Laboratories) в терапии больных ФД позволяет устранить проявления ФД, а также улучшить общее состояние и повысить качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Бабак О.Я., Можина Т.Л. Прокинетики (от метоклопрамида до итоприда) в клинической практике // Сучасна гастроентерол.— 2008.— № 5 (43).— С. 4—11.
2. Шенгулин А.А. Нарушения двигательной функции желудка и возможности применения нового прокинетики итоприда в их лечении // Consilium medicum.— 2007.— Т. 9, № 7.— С. 24—30.
3. Holtmann G., Gschossmann J., Mayr P., Talley N.J. A randomized placebo-controlled trial of simethicone and cisapride for the treatment of patients with functional dyspepsia // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2002.— Vol. 16 (9).— P. 1641—1648.
4. Holtman G., Talley N.J., Libgrets T. et al. A placebo-controlled trial of itopride in functional dyspepsia // N. Engl. J. Med.— 2006.— Vol. 354.— P. 832—840.
5. Kaur G., Raj S.M. A study of the concordance between endoscopic gastritis and histological gastritis in an area with a low background prevalence of Helicobacter pylori infection // Singapore Med. J.— 2002.— Vol. 43 (2).— P. 90—92.
6. Koelz H.R., Arnold R., Stolte M. et al. Treatment of Helicobacter pylori in functional dyspepsia resistant to conventional management: a double blind randomised trial with a six month follow up // Gut.— 2003.— Vol. 52 (1).— P. 40—46.
7. Kyzekove J., Arlt J., Arltova M. Is there any relationship between functional dyspepsia and chronic gastritis associated with Helicobacter pylori infection? // Hepatogastroenterology.— 2001.— Vol. 48 (38).— P. 594—602.
8. Mihara M. et al. The role of endoscopic findings for the diagnosis of Helicobacter pylori infection: evaluation in a country with high prevalence of atrophic gastritis // Helicobacter.— 1999.— Vol. 4 (1).— P. 40—48.
9. Malfertheiner P. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia.— P. new evidence for symptomatic benefit // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.— 2001.— Vol. 13, suppl. 2.— P. S9—11.
10. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of Helicobacter Pylori infection—the Maastricht 2—200 Consensus Report // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2002.— Vol. 16.— P. 167—180.
11. Tack J., Talley N.J., Cammilleri M., Holtmann G. et al. Functional gastroduodenal disorders // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 6.— С. 73—81.
12. Talley N.J. Dyspepsia: management guidelines for the millennium // Gut.— 2002.— Vol. 50.
13. Sykora J. et al. Symptomatology and specific characteristics of chronic gastritis caused by Helicobacter pylori infection in children in the Czech population — epidemiologic, clinical, endoscopic and histomorphologic study // Cas Lek Cesk.— 2002.— Vol. 141(19).— P. 615—621.
14. Prabha Savant, Das H.S., Nutan Desai et al. Comparativ evaluation of the efficacy and tolerability of itopridw hydrochloride and domperidone in patients with non-ulcer dyspepsia // JAPI.— 2004.— Vol. 52.— P. 626—628.

Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, І.А. Коруля, О.М. Кисла, Д.Т. Джанелідзе

Оптимізація лікування хворих на функціональну диспепсію

У статті наведено дані щодо клінічної ефективності комбінованого препарату, до складу якого входить омепразол і домперидон, із пролонгованою дією в лікуванні хворих на функціональну диспепсію.

N.V. Kharchenko, G.A. Anokhina, I.A. Korulya, O.N. Kysla, D.T. Dzhanelydzhe

Optimization of the treatment of patients with functional dyspepsia

The article presents data on the clinical efficacy of the combined long-acting preparation, containing omeprazole and domperidone, in the treatment of patients with functional dyspepsia. □

Контактна інформація

Харченко Наталія Вячеславівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри
04201, м. Київ, вул. Кондратюка, 8, КМКЛ № 8

Стаття надійшла до редакції 4 вересня 2012 р.