



А. С. Свінціцький

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Функціональна диспепсія: сучасні засади діагностики та лікування

Функціональна диспепсія (ФД) – комплекс функціональних розладів, які тривають не менше ніж три місяці (не обов'язково поспіль) упродовж шести останніх місяців і включають біль або відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці, ближче до серединної лінії, зумовлені або ні прийманням їжі, важкість і ранне насичення, відчуття переповнення в епігастрії після їди, нудоту та інші ознаки диспепсії, за яких у процесі ретельного обстеження у хворого не вдається виявити органічне ураження верхнього відділу травного каналу [1, 4, 36, 40, 42].

Первинний синдромний діагноз, який вимагає подальшого дослідження з метою з'ясування органічних або функціональних причин диспепсії, позначається терміном "необстежена диспепсія".

Якщо симптоми диспепсії зумовлені виразковою хворобою, гастроєзофагальною рефлюксною хворобою, злоякісною пухлиною, жовчнокам'яною хворобою і хронічним панкреатитом, йдеться про синдром органічної диспепсії [34].

Епідеміологія. Функціональна диспепсія поширена в популяції у всьому світі. У розвинених країнах диспептичні розлади трапляються у 30,0–40,0 % населення і є причиною 4,0–5,0 % усіх звертань до лікарів загального профілю. У цьому випадку лівова частка (60,0–65,0 %) стосується ФД. Частіше хворіють жінки після психічних травм [21].

В Україні поширеність ФД становить 30,0–40,0 %, однак насправді кількість пацієнтів може бути більшою, оскільки багато осіб із подібними скаргами до лікаря не звертаються, а у звітах лікарів первинної медичної ланки серед хворих диспансерної групи домінує діагноз "хронічний гастрит", неправомірний без гістологічного дослідження гастробіоптатів, яке здебільшого не проводять [1].

Значна поширеність синдрому диспепсії серед населення визначає і великі витрати в системі охорони здоров'я на обстеження та лікування. Майже 25,0 % хворих з ФД звертаються до лікаря більш як чотири рази на рік. Пацієнти з ФД у 2,6 рази частіше беруть лікарняний листок, порівняно з іншими працівниками й упродовж року перебувають на ньому на три–чотири тижні більше, порівняно з середніми показниками, розрахованими для всього населення [6].

Етіологія і патогенез ФД вивчені недостатньо. Серед можливих чинників і механізмів, що призводять до виникнення ФД, розглядаються такі:

- спадковість – GN-β3 генотип CC;
- порушення моторної функції шлунка та кишок;
- інфікованість *Helicobacter pylori*;
- психосоціальні чинники.

Певне значення у виникненні ФД мають також чинники зовнішнього середовища: тривале приймання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), зловживання алкогольними напоями, міцною кавою та харчовими продуктами, які викликають порушення процесу травлення [15, 28, 32].

Головну роль у формуванні симптомів ФД відіграють порушення рухової функції верхніх відділів шлунково-кишкового каналу (ШКК). Три чверті хворих з ФД мають різні порушення гастроудоденальної моторики:

- уповільнення евакуаційної функції шлунка;
- зниження частоти і амплітуди перистальтики;
- порушення антродуденальної координації;
- послаблення постпрандіальної моторики антрального відділу;
- розлад рецептивної та адаптивної релаксації шлунка, що призводить до пору-

шення розподілу їжі в шлунку й викликає відчуття швидкого насичення;

- порушення циклічної активності шлунка в період між травленням – тахі-, брадигастрія, антральна фібриляція [2, 3, 26, 35].

Класифікація. У сучасній класифікації функціональних шлунково-кишкових розладів, запропонованій консенсусом 60 провідних гастроентерологів світу (Римський консенсус III, 2006), ФД віднесено до розділу гастродуоденальних захворювань (категорія В) і представлено у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду під шифром К 30 [9, 41].

Для більш детального визначення ФД з урахуванням її патофізіологічних механізмів і клінічних проявів виділяють два варіанти диспептичних симптомів:

1) постпрандіальний дистрес-синдром (біль або дискомфорт, що виникають після приймання звичайної кількості їжі, часто поєднуються зі швидким насиченням);

2) епігастральний больовий синдром (періодичний біль у епігастральній ділянці, не пов'язаний із прийманням їжі, дефекацією та за відсутності ознак порушень жовчовивідних шляхів) [25, 44].

Діагностика. Клінічно ФД характеризується різноманітністю проявів і залежить від клінічного варіанта захворювання.

На ФД переважно хворіють особи віком до 40 років. Спостерігається тісний зв'язок між психоемоційними чинниками і появою клінічних ознак захворювання, а також їх зникненням під час відпочинку або після застосування седативних засобів. Часто виявляються симптоми вегетативної лабільності (астенія, роздратованість, серцебиття, дихальна аритмія, лабільність шлунка, підвищена пітливість, сухість слизової

Таблиця 1

Спектр і рекомендовані визначення симптомів ФД [37]

| Симптоми | Визначення |
|--|--|
| Біль у епігастрії | Епігастрій – ділянка, розташована між мечоподібним відростком груднини і пупковою ділянкою та обмежена справа і зліва відповідними середньоключичними лініями. Деякі хворі суб'єктивно вважають біль відчуттям "пошкодження тканин", інші – інтерпретують скарги не як біль, а як неприємні відчуття |
| Відчуття печії в епігастрії | Неприємне відчуття жару в епігастральній ділянці |
| Відчуття переповнення в епігастрії після їди | Неприємне відчуття тривалого затримання їжі в шлунку |
| Раннє насичення | Відчуття, що шлунок переповнюється невдовзі після початку вживання їжі, незалежно від кількості їжі, внаслідок чого процес їди не може бути завершеним |

оболонки рота, яка змінюється підвищеною саливацією, порушення сну), захворювання часто має інтерміттивний перебіг [12].

Діагноз ФД – клінічний діагноз, який відображає наявність у хворого певних клінічних симптомів (табл. 1), що виникають не внаслідок супутніх хронічних запальних змін слизової оболонки шлунка, а через порушення шлункової секреції, гастродуоденальної моторики, вісцеральної чутливості, часто зумовлених нервово-психічними чинниками [10, 24].

Згідно з рекомендаціями погоджувальної наради Міжнародної робочої групи з удосконалення діагностичних критеріїв функціональних захворювань ШКК (Римські критерії III), **діагноз функціональної диспепсії** може бути поставлений, якщо упродовж не менш ніж трьох місяців (не обов'язково поспіль) за останніх шість місяців є хоча б один із наведених симптомів:

- відчуття важкості після приймання їжі;
- відчуття раннього насичення;
- епігастральний біль;
- печія в епігастрії, а також
- відсутність органічних захворювань (у тому числі за результатами езофагогастродуоденофіброскопії (ЕГДФС)), які б пояснювали ці симптоми.

Діагноз постпрандіального дистрес-синдрому може бути поставлений, якщо хоча б одне відчуття з наведених нижче триває впродовж трьох місяців за останніх шість місяців:

- відчуття важкості після їди:
 - ✓ після приймання звичайної кількості їжі;
 - ✓ виникає принаймні декілька разів на тиждень;
- відчуття раннього насичення:
 - ✓ випереджає закінчення приймання звичайної кількості їжі;
 - ✓ виникає принаймні декілька разів на тиждень.

Діагноз епігастрального больового синдрому може бути поставлений, якщо хоча б один із наведених нижче симптомів триває за цей же час:

- біль або відчуття жару:
 - ✓ має періодичний характер;
 - ✓ прояви середньої сили в надчеревній ділянці хоча б раз на тиждень;
- біль або відчуття жару не генералізується та не локалізується в інших ділянках живота або грудної клітки;
- біль або відчуття жару не зменшується після дефекації та відходження газів;
- відсутні ознаки функціональних захворювань

вань жовчевого міхура та сфінктера Одді [1, 22, 37].

Лабораторні та інструментальні методи дослідження. Із огляду на велику кількість захворювань, які можуть перебігати з синдромом диспепсії, у діагностиці ФД обов'язково застосовується *ЕГДФС* (дає змогу виявити рефлюкс-езофагіт, пухлини шлунка), *ультразвукове дослідження* (дає змогу виявити хронічний панкреатит і жовчнокам'яну хворобу), *клінічні та біохімічні аналізи крові* (зокрема, вміст еритроцитів, лейкоцитів, ШОЕ, рівень аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, лужної фосфатази, гамма-глутамінтрансферази, сечовини, креатиніну), копрограму з *аналізом калу на приховану кров*, інфікованість слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* двома методами. Найбільш прийнятним варіантом діагностики гелікобактерійної інфекції за її високої поширеності в популяції є уреазний дихальний тест і виявлення антигену в фекаліях методом імуноферментного аналізу. Менш оптимальною є серологічна діагностика.

У разі потреби проводять *рентгенологічне дослідження* шлунка і дванадцятипалої кишки, *електрогастрографію і сцинтиграфію* шлунка (допомагають виявити гастропарез), добуве моніторингування *внутрішньостравохідного рівня рН*, яке дає змогу виключити гастроезофагальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) [6, 10, 36].

Диференційна діагностика передбачає виключення органічних захворювань, що перебігають з аналогічними симптомами (ГЕРХ, виразкова хвороба, рак шлунка, жовчнокам'яна хвороба, хронічний панкреатит). Симптоми, властиві ФД, можуть спостерігатись у випадку цукрового діабету (діабетичний гастропарез), системної склеродермії, вагітності.

Таблиця 2

"Симптоми тривоги" у хворих зі синдромом диспепсії

- Дисфагія
- Блювання з кров'ю, мелена, гематокезія (свіжа кров у калі)
- Лихоманка
- Невмотивоване схуднення
- Симптоми диспепсії вперше виникли у віці понад 45 років
- Анемія
- Лейкоцитоз
- Підвищена ШОЕ

Важливу роль під час проведення диференційної діагностики за синдрому диспепсії відіграє своєчасне виявлення наявності

т. зв. симптомів тривоги (табл. 2). Наявність у хворого хоча б одного з цих симптомів ставить під сумнів діагноз ФД і вимагає ретельного обстеження з метою пошуку органічного захворювання [3, 7, 38].

Для розмежування диспепсії функціонального та органічного походження слід брати до уваги також відмінності клініко-анамнестичних показників (табл. 3) [34].

Таблиця 3

Клініко-анамнестичні ознаки синдрому ФД та органічних захворювань ШКК

| Клініко-анамнестичні ознаки | Функціональна диспепсія | Органічні захворювання |
|---|-------------------------|------------------------|
| Тривалість захворювання | Значна | Невисока |
| Вираженість скарг | Мінлива | Постійна |
| Локалізація болю | Мінлива | Обмежена, дифузна |
| Зв'язок між виникненням скарг і стресовими ситуаціями | Чіткий | Переважно відсутній |
| Зв'язок з прийманням їжі (тимчасовий) та її якістю | + | ++ |
| Скарги на порушення нічного сну | + | ++ |
| Інші функціональні вегетативні скарги: щодо ШКК; щодо інших органів | +++ +++ | + + |

ФД часто диференціюють із синдромом подразненої кишки – захворюванням також функціональної природи, яке виявляється болем у животі, що минає після акту дефекації, метеоризмом, проносами, закрепами або їх чергуванням, відчуттям неповного випорожнення, імперативними потягами до дефекації тощо [18].

Синдром ФД слід диференціювати з іншими функціональними порушеннями шлунка – аерофагією та функціональним блюванням.

Відповідно до Римських критеріїв II (1999), аерофагія визначається як повторна відрижка, зумовлена заковтуванням повітря, яка турбує хворого і відзначається ним не менш ніж 12 тижнів поспіль упродовж року. Діагноз зазвичай ставиться на підставі анамнезу та об'єктивного підтвердження підвищеного заковтування повітря. Хворі, які страждають на аерофагію, обов'язково потребують консультації психіатра для виключення депресії та синдрому підвищеної тривоги.

Функціональне блювання діагностують у тих випадках, коли у хворого не менш ніж 12 тижнів підряд упродовж року, але не

рідше ніж 3 дні на тиждень, спостерігається блювання, а ретельне обстеження не виявляє інших причин цього симптому (відсутність блювання, яке самостійно викликається, і блювання, спровоковане прийманням медикаментозних препаратів, немає органічного ураження кишок або центральної нервової системи, метаболічних порушень і серйозних психічних захворювань) [20, 27].

Лікування хворих із синдромом ФД має бути комплексним і включати заходи з нормалізації способу життя, режиму харчування, праці, психотерапевтичні методи, а в разі потреби – медикаментозні препарати [16].

Стратегія ведення хворих, які вперше звернулися з симптомами диспепсії, передбачає такий план дій:

1. Отримати доказ зв'язку симптомів із верхнім відділом ШКК.

2. Виключити "симптоми тривоги", які вимагають дообстеження з метою виключення більш важкої хвороби.

3. Виключити приймання аспірину або НПЗП.

4. За наявності типових рефлюксних симптомів поставити попередній діагноз – ГЕРХ і призначити лікування інгібіторами протонної помпи (ІПП). Якщо симптоми зберігаються, незважаючи на адекватне лікування ІПП, діагноз ГЕРХ малоімовірний.

5. Доцільні неінвазивне визначення *H. pylori* та подальша ерадикація – стратегія test and treat.

6. Хворим із "симптомами тривоги" або віком понад 40–45 років слід проводити ЕГДФС. У регіонах з високим рівнем інфікованості *H. pylori* і захворюваності на рак шлунка деякі вчені рекомендують знизити віковий поріг до 30–35 років [8, 15, 29].

Практичні заходи щодо оптимізації режиму праці та відпочинку включають:

- 2–3-годинний відпочинок у ліжку впродовж дня;
- психотерапію;
- нормалізацію нічного сну (у разі потреби призначають седативні препарати);
- припинення куріння;
- вечірні прогулянки;
- теплі ванни (36,0–37,0 °С) з прісною водою впродовж 20 хв перед сном.

Важливе значення для усунення диспептичних явищ має раціональний дієтичний режим, який передбачає:

- харчування 4–5 разів на добу (їсти слід повільно, ретельно пережовуючи їжу, що потребує санованої порожнини рота); загальна кількість їжі не має бути надмірною;
- зменшення в добовому раціоні вмісту насичених жирних кислот;

- обмеження вживання міцних м'ясних наварів, прянощів;
- заборону вживання алкогольних напоїв, дуже грубої, гострої та солоної їжі;
- вітамінотерапію (кількість вітамінів у добовому раціоні має бути вдвічі більшою, ніж у здорових людей) [17].

Медикаментозне лікування проводиться з урахуванням клінічного варіанта ФД, але не є суворо визначеним [33].

У випадку епігастрального больового синдрому використовуються антацидні й антисекреторні препарати (H₂-блокатори гістамінових рецепторів та ІПП). Застосування ІПП в стандартних дозах (омепразол 20,0 мг, лансопразол 30,0 мг раз на добу) зумовлює швидке стихання клінічних проявів. H₂-блокатори гістамінових рецепторів ефективні для усунення симптомів у пацієнтів з ФД за дворазового приймання (ранітидин по 150,0 мг, фамотидин по 20,0 мг двічі на добу) [11, 23, 27].

Для лікування ФД слід розглянути можливість застосування ерадикаційного антигелікобактерійного лікування за однією з прийнятих схем потрійної терапії або квад-

Таблиця 4

Рекомендовані схеми ерадикаційного лікування *H. pylori* (згідно з Міжнародними консенсусами Маастрихт III, 2005, Маастрихт IV, 2010) [19]

| Трикомпонентне лікування (лікування I лінії) | | |
|--|-----------------------------------|--|
| Трикомпонентна схема (7–14 днів) | Варіант 1 | <ul style="list-style-type: none"> • ІПП (стандартна доза) двічі на день • кларитроміцин 500,0 мг двічі на день • амоксицилін 1000,0 мг двічі на день |
| | Варіант 2 (алергія на пеніциліни) | <ul style="list-style-type: none"> • ІПП (стандартна доза) двічі на день • кларитроміцин 500,0 мг двічі на день • метронідазол 400,0 мг двічі на день |
| Послідовне лікування | | |
| ІПП 1 доза двічі на добу + амоксицилін 1000,0 мг двічі на добу 5 днів з подальшим переходом на ІПП+кларитроміцин 500,0 мг двічі на добу + метронідазол (або тинідазол) 500,0 мг двічі на добу 5 днів | | |
| Стандартне чотирикомпонентне лікування (лікування II лінії) | | |
| Чотирикомпонентна схема (10–14 днів) | | <ul style="list-style-type: none"> • ІПП (стандартна доза) двічі на день • тетрациклін 500,0 мг тричі на день • метронідазол 400,0 мг двічі на день • вісмуту субцитрат 120,0 мг тричі на день |
| Лікування "порятунку" за неефективності первинних схем | | |
| ІПП 1 доза двічі на добу + амоксицилін 1000,0 мг двічі на добу + рифабутин 300,0 мг раз на добу або левофлосацин 500,0 мг раз на добу 10–14 днів | | |

ротерапії (Маастрихтські угоди III, 2005 і IV, 2010) (табл. 4). Оскільки *H. pylori* є однією з основних причин виникнення диспепсії, а в Україні середній рівень інфікованості *H. pylori* серед дорослого населення досить високий і становить 70,0 %, існує загальноприйнята тактика *test and treat* – тестування на наявність *H. pylori* з подальшим призначенням відповідного лікування. Згідно з Міжнародним консенсусом Маастрихт IV, ерадикація *H. pylori* призводить до стійкого покращення в 1 із 12 пацієнтів з ФД, що ефективніше від будь-якого іншого лікування. Проте, якщо після ерадикаційного лікування зменшуються симптоми, це не означає, що *H. pylori* є причиною клінічних проявів. Спостерігається змішаний ефект низки чинників: плацебо, дія ІПП як компонента ерадикаційного протоколу, можливе також спонтанне покращення стану [5, 13, 30, 33].

За вираженого больового синдрому та посилення диспептичних явищ призначають:

- сульпірид по 0,05–0,1 г тричі на день упродовж одного-двох тижнів;
- холінолітики (атропіну сульфат, гастропепін, платифіліну гідротартрат), спазмолітики (но-шпа, дротаверин) у звичайних дозах [16, 39].

У разі *постпрандіального дистрес-синдрому* головна роль відводиться прокінетикам. Відповідно до Римських критеріїв III, ефективність прокінетичних препаратів за ФД перевищує плацебо. Їх призначають курсом на два–чотири тижні, а в разі досягнення клінічного ефекту їх можна застосовувати "на вимогу": метоклопрамід, домперидон або цизаприд – по 10,0 мг за 10–15 хв до їди 3–4 рази на день; застосовувати метоклопрамід (особливо тривало) не бажано, оскільки цей препарат проникає крізь гематоенцефалічний бар'єр і у багатьох хворих (20,0–30,0 %) викликає побічні ефекти у вигляді сонливості, втоми, неспокою, а також екстрапірамідних реакцій [31].

Для усунення нудоти і блювання призначають ондасетрон (антагоніст 5НТЗ-рецепторів) усередину по 0,004–0,008 г або внутрішньом'язово по 2,0–4,0 мл двічі-тричі на день.

Застосовуються також поліферментні препарати (панзинорм, фестал – по 1 табл. тричі на добу під час їди; панкреатин, мезим форте, трифермент – по 1 табл. тричі на добу до їди), рослинні та антигомотоксичні засоби.

Якщо є метеоризм, призначають симетикон по 40,0–80,0 мг (1–2 капсули) після кожного приймання їжі та перед сном упродовж 7–10 днів [17].

Доцільно також застосовувати психотропні та антидепресивні препарати, зокрема, амітриптилін (25,0–50,0 мг двічі-тричі на

день), флувоксамін (50,0 мг раз на день), особливо жінкам [43].

Хворі з неврозом потребують фізіотерапії (електрофорез натрію бромистого за методом Щербака або Вермея, йодобромні, кисневі ванни, акупунктура), транквілізаторів (адаптол, діазепам, еленіум).

Якщо є диспепсія з проявами секреторної недостатності шлунка, то призначають мінеральні води малої та середньої мінералізації, переважно хлоридні, хлоридно-сульфатні, сульфатно-хлоридні, кімнатної температури – 18,0–20,0 °С, газовані, по 200,0–250,0 мл тричі на день за 20–30 хв до їди, швидко, невеликими ковтками. У стадії нестійкої ремісії (субкомпенсації), за наявності проносів спочатку застосовується тепла, дегазована вода двічі на день, виключаючи ранковий прийом, по 100,0–150,0 мл через 40–60 хв після їди; після нормалізації випорожнень і зникнення ознак загострення рекомендується звичайна схема використання мінеральних вод.

За умови диспепсії з проявами ацидозу призначають гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-сульфатні, гідрокарбонатно-хлоридні мінеральні води малої або середньої мінералізації, теплі, дегазовані, по 200,0 мл тричі на день за 1–1,5 год. до їди [14].

Широко застосовується бальнеотерапія: лікувальні душі (циркулярний, Шарко) – 10–15 процедур на курс, через день; природні та штучні ванни – соляні, прісні або шавлієві (експозиція 10–15 хв, температура 34,0–37,0 °С, 8–10 на курс); вихрові ванни (тривалість 10–15 хв, температура 34,0–37,0 °С, 8–10 на курс); перлисті ванни (експозиція 10–15 хв, температура 34,0–37,0 °С, 8–10 на курс); вібраційні ванни (частота механічних коливань 10–200 Гц, температура 34,0–37,0 °С, тривалість 8–15 хв); вуглекислі ванни (концентрація 0,8–1,0 г/л, експозиція 10–15 хв, температура 35,0–33,0 °С, 8–10 на курс).

Грязе- і теплолікування: грязьові аплікації на ділянку передньої черевної стінки та попереку (грязьовий пояс) або комірцеву ділянку, температура грязі 40,0–42,0 °С, експозиція 20 хв, через день, 9–10 процедур на курс; аплікації озокериту або парафіну на ділянку передньої черевної стінки і попереку (грязьовий пояс), температура 45,0–50,0 °С, експозиція 30–40 хв, через день, 9–10 процедур на курс [14].

Якщо це лікування не досягає успіху, можливе застосування інших лікувальних чинників. Деякі автори вивчали ефективність фітолікування у випадку ФД у контрольованих дослідженнях і виявили позитивний ефект різних засобів (наприклад, перцевої м'яти, кмину, ромашки), однак

механізм їх дії невідомий, так само не з'ясовано безпечність їх довготривалого приймання [18].

Обстеження та лікування хворих з ФД проводиться зазвичай у амбулаторних умовах до зникнення її проявів.

Під час ремісії хворі зберігають працездатність. Диспансеризація передбачає виконання хворими рекомендацій щодо нормалізації способу життя і лікувального харчування, проведення періодичних оглядів пацієнтів (один-два рази на рік) та своєчасне лікування рецидивів захворювання.

Прогноз у хворих з ФД вважається досить сприятливим. Із часом спостерігається зменшення вираженості скарг, що зумовлене як зменшенням стресових впливів, так і адаптацією пацієнтів до чинників, що призвели до появи клінічних симптомів. Спонтанне зникнення симптоматики констатують близько у третини пацієнтів. Вважають, що ризик виникнення виразкової хвороби у хворих з ФД не відрізняється від безсимптомної популяції [18].

Список літератури

1. Адаптована клінічна настанова, побудована на доказах "Ведення диспепсії у дорослих": Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 600 [Текст]. – К., 2012. – 70 с.
2. Аникин К.С. Функциональная диспепсия – от патогенеза к лечению: преимущества комбинированных препаратов [Текст] / К. С. Аникин // Therapia (Український медичний вісник). – 2011. – № 9. – С. 126–129.
3. Бельмер С. В. Современное понимание функциональной диспепсии [Текст] / С. В. Бельмер // Лечащий врач. – 2011. – № 6. – С. 30–35.
4. Васильев Ю. В. Функциональная диспепсия [Текст] / Ю. В. Васильев // Лечащий врач. – 2007. – № 1. – С. 50–54.
5. Губская Е. Ю. Функциональная диспепсия и Римские критерии III. Что нового? [Текст] / Е. Ю. Губская // Therapia (Український медичний вісник). – 2007. – № 6. – С. 64–66.
6. Диагностика и лечение функциональной диспепсии. Методические рекомендации для врачей [Текст] / В. Т. Ивашкин [и др.]. – М.: РГА. – 2011. – 28 с.
7. Дорофеев А. Э. Функциональная диспепсия: современные представления, механизмы и тактика ведения пациентов [Текст] / А. Э. Дорофеев, Н. Н. Руденко, О. В. Томаш // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 9. – С. 3–9.
8. Желудочная диспепсия, регургитационные симптомы и пути их коррекции [Текст] / И. В. Маев [и др.] // Фарматека. – 2012. – № 2. – С. 39–44.
9. Иванов А. Н. Современные представления о диагностике и лечении функциональной диспепсии [Текст] / А. Н. Иванов, А. С. Прянишникова, Л. П. Краснолобова // Фарматека. – 2011. – № 12. – С. 69–73.
10. Ивашкин В. Т. Функциональная диспепсия: краткое практическое руководство [Текст] / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин, В. А. Киприанис. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 112 с.
11. Морозов С. Монотерапия ингибиторами протонного насоса при функциональной диспепсии [Текст] / С. Морозов, Ю. Кучерявый // Врач. – 2011. – № 14. – С. 18–21.
12. Мультифакторность клинической картины функциональной диспепсии [Текст] / В. М. Махов [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2012. – Т. 20. – № 15. – С. 778–781.
13. Пиманов С. И. Диагностика и лечение функциональной диспепсии с позиций Римского консенсуса [Текст] / С. И. Пиманов, Е. В. Макаренко // Cons. Med. (Прил.). Гастроэнтерология. – 2007. – № 1. – С. 3–6.
14. Протокол санаторно-курортного лікування функціональної диспепсії: Додаток до наказу МОЗ України від 06.02.2008 р. № 56 "Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення" [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/9459_dodatok.rar
15. Разработка оптимального алгоритма диагностики и лечения функциональной диспепсии [Текст] / И. В. Маев [и др.] // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2010. – № 5. – С. 3–9.
16. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей [Текст] / В. Т. Ивашкин [и др.]. – М.: Литтерра, 2007. – 1045 с.
17. Свінціцький А. С. Діагностика та лікування поширених захворювань органів травлення [Текст] / А. С. Свінціцький. – К.: Медкнига, 2007. – 296 с.
18. Тумак І. Функціональна диспепсія: визначення, діагностичні та лікувальні підходи [Текст] / І. Тумак // Медицина світу. – 2007. – № 6. – С. 345–350.
19. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги "Диспепсія": Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 600 [Текст]. – К., 2012. – 26 с.
20. Функціональні захворювання органів травлення: Навч. посібн. [Текст] / Т. Д. Звягінцева [та ін.]. – Харків: Точка, 2010. – 167 с.
21. Харченко Н. В. Функциональная диспепсия – актуальная проблема гастроэнтерологии [Текст] / Н. В. Харченко // Gastroenterology. – 2009. – № 4. – С. 2–6.
22. Циммерман Я. С. "Римские критерии III" синдрома функциональной (гастроудоденальной) диспепсии [Текст] / Я. С. Циммерман // Клиническая медицина. – 2008. – № 4. – С. 59–66.
23. Чернявський В. В. Функціональна диспепсія: можливості фармакологічної корекції [Текст] / В. В. Чернявський, В. О. Козлов // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 6. – С. 41–47.
24. Шептулин А. А. Хронический гастрит и функциональная диспепсия: есть ли выход из тупика? (Размышления, навеянные Римскими критериями III) [Текст] / А. А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – № 2. – С. 84–88.
25. Baker G. Subtypes of functional dyspepsia [Текст] / G. Baker, R. Fraser, G. Young // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 17. – P. 2667–2671.

26. Current understanding of pathogenesis of functional dyspepsia [Текст] / H. Miwa [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2011. – Vol. 26, Suppl. 3. – P. 53–60.
27. Geeraerts B. Functional dyspepsia: past, present, and future [Текст] / B. Geeraerts, J. Tack // J. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 43. – P. 251–255.
28. Genetic factors for functional dyspepsia [Текст] / T. Oshima [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2011. – Vol. 26, Suppl. 3. – P. 83–87.
29. Giurcan R. Functional dyspepsia: a pragmatic approach [Текст] / R. Giurcan, T. A. Voiosu // Rom. J. Intern. Med. – 2010. – Vol. 48. – P. 9–15.
30. Kandulski A. Therapeutic strategies for the treatment of dyspepsia [Текст] / A. Kandulski, M. Venerito, P. Malfertheiner // Expert Opin. Pharmacother. – 2010. – Vol. 11. – P. 2517–2525.
31. Loyd R. A. Update on the evaluation and management of functional dyspepsia [Текст] / R. A. Loyd, D. A. McClellan // Am. Fam. Physician. – 2011. – Vol. 83. – P. 547–552.
32. Mimidis K. Pathogenesis of dyspepsia [Текст] / K. Mimidis, J. Tack // Dig. Dis. – 2008. – Vol. 26. – P. 194–202.
33. Monkemuller K. Drug treatment of functional dyspepsia [Текст] / K. Monkemuller, P. Malfertheiner // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 17. – P. 2694–2700.
34. Oustamanolakis P. Dyspepsia: organic versus functional [Текст] / P. Oustamanolakis, J. Tack // J. Clin. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 46. – P. 175–190.
35. Pathophysiology of functional dyspepsia [Текст] / S. Futagami [et al.] // J. Nippon. Med. Sch. – 2011. – Vol. 78. – P. 280–285.
36. Quigley E. M. Dyspepsia [Текст] / E. M. Quigley, J. Keohane // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 24. – P. 692–697.
37. Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders // D. A. Drossman (Editor). – Degnon Associates, 2006. – 1048 p.
38. Simadibrata M. Dyspepsia and gastroesophageal reflux disease (GERD): is there any correlation? [Текст] / M. Simadibrata // Acta Med. Indones. – 2009. – Vol. 41. – P. 222–227.
39. Tack J. Emerging drugs for functional dyspepsia [Текст] / J. Tack, P. Janssen // Expert Opin. Emerg. Drugs. – 2011. – Vol. 16. – P. 283–292.
40. Tack J. Functional dyspepsia [Текст] / J. Tack, T. Masaoka, P. Janssen // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2011. – Vol. 27. – P. 549–557.
41. Tack J. Gastroduodenal Disorders [Текст] / J. Tack, N. J. Talley // Am. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 105. – P. 757–763.
42. Talley N. J. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia [Текст] / N. J. Talley // Gastroenterology. – 2005. – Vol. 129. – P. 1753–1755.
43. Talley N. J. Antidepressants in functional dyspepsia [Текст] / N. J. Talley, L. Herrick, G. R. Locke // Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. – Vol. 4. – P. 5–8.
44. The Rome III Classification of dyspepsia: will it help research? [Текст] / N. J. Talley [et al.] // Dig. Dis. – 2008. – Vol. 26. – P. 203–209.

Стаття надійшла до редакції журналу 28.10.2012 р.

Функціональна диспепсія: сучасні засади діагностики та лікування

А.С. Свінцицький

Функціональні розлади шлунково-кишкового каналу, зокрема функціональна диспепсія, – одна з найбільш актуальних проблем сучасної гастроентерології. Римським консенсусом III чітко стандартизовані визначення, класифікація, діагностичні критерії, підходи до діагностики та лікування функціональної диспепсії. Проте багато питань досі не розв'язані й потребують подальшого вивчення.

Ключові слова: функціональна диспепсія, Римський консенсус III, діагностика, лікування.

Functional Dyspepsia: Current Approaches to Diagnosis and Treatment

A. Svintsitskyi

The article summarizes the recent progress in the diagnosis and treatment of the functional dyspepsia (FD), which is the most widespread functional gastrointestinal disorder. The Rome III Consensus clearly standardized the definition, classification, diagnostic criteria, approaches to the diagnosis and treatment of the FD, but a lot of issues still remain unresolved and require further study.

Key words: functional dyspepsia, Rome III Consensus, diagnosis, treatment.