

# Диагностический поиск и лечебные стратегии при синдроме диспепсии

**В.В. Чернявский**

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

**В статье приведены современные взгляды, а также собственные данные в отношении стратегии ведения пациентов с неисследованной диспепсией. Рассмотрен вопрос применения фитопрепаратов в качестве пробного лечения на этапе диагностического поиска.**

**Ключевые слова:** диспепсия, диагностика, <sup>13</sup>C-мочевинный дыхательный тест, лечение, фитотерапия.

В настоящее время в клинической работе среди врачей-терапевтов и гастроэнтерологов выработалась определенная тактика ведения большинства пациентов с симптомокомплексом диспепсии, основанная на возможно более полном инструментальном обследовании. Если пациент первично обратился с жалобами со стороны верхних отделов пищевого тракта, такими, как неопределенная боль или дискомфорт в эпигастрии, отрыжка, изжога, регургитация, тошнота, чувство переполнения после еды, вздутие живота, то действия врача в таких случаях предельно просты – сначала провести пациенту инструментальную диагностику, а именно – видеогастроскопию и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, и только после этого назначать лечение. И хотя ни один из перечисленных выше симптомов не является патогномичным для какой-либо одной болезни, по-прежнему чаще всего предварительным диагнозом остается «хронический гастрит», который якобы подтверждается заключением «эритематозная гастропатия», или хронический холецистит, ошибочно устанавливаемый исходя из наличия «изгиба в шейке» «уплотнения» стенок желчного пузыря или пристеночной взвеси в нем. При этом в стандартный протокол исследования части эндоскопических кабинетов, как и раньше, не входит ни тест на *Helicobacter pylori* (Hр), ни биопсия, и соответственно дальнейшее лечение не соответствует мировым стандартам, что сказывается на его эффективности.

Еще более 10 лет назад в мире было выработано несколько рациональных подходов к ведению таких пациентов. Проведенные широкомасштабные контролируемые исследования показали, что необходимости в проведении всем 100% больных верхней эндоскопии и УЗИ нет, поскольку эти исследования во всем мире относятся к разряду дорогостоящих и должны выполняться только в сомнительных случаях или при неэффективности первоначального лечения [1, 3, 11, 13, 14, 18].

Нами было проанализировано 7664 амбулаторные карты пациентов, обследованных в клинике кафедры за 10 лет и подвергшихся верхней эндоскопии (табл. 1).

Анализ полученных данных показал, что ВЭГДС повлияла на дальнейшую стратегию ведения 1778 пациентов, что составляет лишь 23,2±0,5%. Это пациенты с такими диагнозами, как язва и рак желудка, рак пищевода, полипы желудка, варикозное расширение вен пищевода, атрофия слизистой оболочки желудка, диафрагмальная грыжа, пищевод Барретта. Все эти диагнозы предусматривали либо консультации смежных специалистов (хирургов, онкологов), либо эндоскопический контроль эффективности лечения, либо дальнейшее эндоскопическое наблюдение в динамике.

Статистический анализ показал клиническую целесообразность ВЭГДС для пациентов с синдромом диспепсии в возрасте старше 39 лет мужского пола (OR 1,7) и старше 51 года женского пола (OR 1,4).

Таким образом, удается сэкономить достаточно много времени и средств. Если говорить применительно к нашей стране, то несколько дней или недель (в зависимости от диагностических возможностей клиники и материальных возможностей пациента), которые будут потеряны, пока больной (продолжая испытывать дискомфорт) проходит диагностику, часто бывают потерянными практически ввустую.

На сегодняшний день в Украине остается много узких специалистов, занимающихся эндоскопией или ультразвуковой диагностикой, которые при таком существующем положении дел не учитывают, что существуют определенные международные критерии установления этих диагнозов. Такие, например, как обязательное морфологическое подтверждение хронического гастрита или ультразвуковая верификация хронического холецистита только при утолщении стенок желчного пузыря более 4 мм.

Хотелось бы отметить, что постепенно в Украине среди врачей исчезает косность и недоверие в отношении роли инфекции Hр в развитии заболеваний гастродуоденальной зоны, чему во многом поспособствовало присуждение Нобелевской премии ученым, открывшим эту инфекцию. Многие практикующие врачи с нами согласятся, что ле-

Таблица 1

**Распределение пациентов с синдромом желудочной диспепсии согласно заключений по данным верхней эндоскопии**

Заключение	Число пациентов	%
Дуоденогастральный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит	2537	33,1%
Язва двенадцатиперстной кишки	1418	18,5%
Язва желудка	238	3,1%
Рак желудка	99	1,3%
Пищевод Барретта	114	1,4%
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	315	4,1%
Атрофия слизистой оболочки желудка	858	11,2%
Рак пищевода	11	0,2%
Варикозные вены пищевода	47	0,6%
Полипы желудка	91	1,3%
Эрозивная гастропатия	628	8,2%
Эритематозная гастропатия	835	10,4%
Норма	468	6,1%
ВСЕГО:	7664	100%

Таблица 2

**Варианты курации больных с неисследованной диспепсией**

<p><b>Исключить ГЭРБ и СРК во время расспроса и клинического обследования больных молодого возраста и при отсутствии тревожных симптомов:</b></p> <p><b>Вариант 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Начальная эмпирическая терапия (антисекреторные препараты или прокинетики, комплексная фитотерапия);</li> <li>- ВЭГДС, если больной не отвечает на эмпирическую терапию или возникает рецидив (у необследованного пациента).</li> </ul> <p><b>Вариант 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Неинвазивное тестирование на Нр (<sup>13</sup>С-мочевинный дыхательный тест, фекальный антиген Нр или серология);</li> <li>- Если Нр (+) – переход к варианту 3 или эмпирическая антихеликобактерная терапия;</li> <li>- Если Нр (-) – переход к варианту 1.</li> </ul> <p><b>Вариант 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Во всех случаях проведение ВЭГДС (в странах с высоким уровнем распространенности рака желудка);</li> <li>- Диагностируется язва или рак: соответствующее лечение;</li> <li>- При отсутствии органических изменений - дальнейшее обследование (УЗИ, лабораторные тесты: скрининг целиакии (антитела к тканевой трансглутаминазе), определение внешнесекреторной функции поджелудочной железы (фекальная эластаза 1), исследование моторно-эвакуаторной функции желудка (<sup>13</sup>С-октановый дыхательный тест), установление диагноза функциональной диспепсии как диагноза исключения.</li> </ul> <p><b>Немедленная ФЭГДС показана:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- В возрасте &gt; 39 лет;</li> <li>- При появлении тревожных симптомов (потеря веса, рвота, кровотечения, дисфагия и др.);</li> <li>- В случае приема НПВП (риск кровотечения).</li> </ul>
--

чебная тактика в современной гастроэнтерологии перестала зависеть от кислотообразующей функции желудка, а определяется наличием или отсутствием инфекции Нр. А проведение гастроскопии и УЗИ, особенно у молодых пациентов, часто никоим образом не меняет схему лечения, поскольку для лечения больного с описанными выше жалобами большее значение имеет его Нр-статус. По этой причине в странах с развитой медициной и экономикой подход к ведению таких пациентов с диспепсией определяется только на основании опроса и физикального обследования пациента. Врач устанавливает один из 3 предварительных диагнозов: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (если преобладающим симптомом является изжога), синдром раздраженной толстой кишки (если абдоминальная боль ассоциирована с нарушениями стула) или неисследованная диспепсия. В последнем случае возможны разные варианты ведения больных. Причем установление диагноза функциональной диспепсии и синдрома раздраженной толстой кишки возможно не только в качестве диагноза исключения, но и прямым методом с использованием Римских критериев. В случае, когда симптомы диспепсии беспокоят пациента менее 4 нед, подчас бывает достаточно успокоить больного, объяснить симптомы и дать общие рекомендации по образу жизни и питанию, назначить фитопрепараты, прокинетики или антациды. Если же симптомы беспокоят более 1 мес, то возможны следующие варианты ведения больных (табл. 2).

Данные подходы к ведению больных являются более прагматичными, поскольку эмпирическая терапия у паци-

ентов в возрасте до 40 лет без наличия тревожных симптомов оказывается эффективной у существенного числа больных, позволяет значительно сократить число дорогих эндоскопических исследований и повысить их качественный уровень. Однако такой подход правомочен только в странах с низкой распространенностью рака желудка, к которым на сегодняшний день Украина не относится. Поэтому можно не проводить эндоскопию людям младше 39 лет без тревожных симптомов и не имеющих семейного анамнеза по раку желудка [2, 9]. В странах с высокой распространенностью рака желудка первичную ВЭГДС проводят всем без исключения больным с неисследованной диспепсией [1].

По нашим данным, Нр-инфицированность пациентов, обращающихся к гастроэнтерологу с диспепсическими жалобами, составляет около 70%, что свидетельствует о высокой распространенности Нр-инфекции в Украине. Поэтому стратегия «test and treat» (см. Вариант 2 из табл. 2) наиболее предпочтительна в Украине в отношении больных с диспепсией, для которых гастроскопия не обязательна [2, 9, 12, 15]. Лечение необходимо проводить в соответствии с рекомендациями консенсуса Маастрихт 4 [9].

Поскольку в генезе эпигастральной язвенноподобной боли при диспепсии большое значение имеет кислотно-пептический фактор [7,8,11,16,19], то его подавление способствует разрешению симптомов у таких пациентов. Поэтому эмпирическое лечение (см. Вариант 1) можно проводить антисекреторными или антацидными препаратами, использовать комплексную фитотерапию. Наиболее эффективно снижают секрецию кислоты ингибиторы протонной помпы [16].

В МКБ 10-го пересмотра под рубрикой К30 выделен отдельный самостоятельный диагноз «Диспепсия». В это понятие как раз и входят перечисленные выше симптомы. Этому диагнозу с известной долей вероятности соответствовали такие диагнозы выдающихся отечественных ученых, как «невроз желудка», «функциональное расстройство желудка», «нервный желудок» и подобные.

На каждом международном конгрессе гастроэнтерологов в течение последних 15 лет выносятся на обсуждение вопросы, связанные с диагностикой и лечением функциональной диспепсии. Многочисленные исследования, проведенные в странах Западной Европы и Северной Америки, подтвердили, что диспепсия является самым частым проявлением гастроэнтерологической патологии. Она встречается примерно у 40% взрослого населения развитых стран, причем половина всех случаев приходится на функциональную диспепсию с эпигастральной болью. Например, в Швеции диспепсия является четвертым по частоте диагнозом, устанавливаемым врачами общей практики при первичном осмотре. В США на диспепсические жалобы приходится около 10% всех консультаций врачей общей практики, а на лечение тратится не менее 1 млрд долларов [10].

В 1987 году была создана рабочая группа по изучению функциональных гастроинтестинальных расстройств. Критерии диагностики функциональных заболеваний, разработанные этой группой, были впервые опубликованы в 1994 году – так называемые Римские критерии I. В 1999 году они были усовершенствованы и модифицированы (Римские критерии II) [4, 6, 20], а в 2006 году были опубликованы новые рекомендации (Римские критерии III) [17]. Основными инновациями последних рекомендаций в отношении функциональной диспепсии стали:

- изменение временных границ критериев (симптомы должны присутствовать на протяжении 3 мес и появиться, как минимум, за 6 мес до установления диагноза);

Лекарственные растения, применяемые в гастроэнтерологии

Прокинетики	Спазмолитики	Противо-воспалительные	Успокоительные	Тонизирующие
Горечавка желтая, астрагал шерстистоцветковый, богульник болотный, вахта трехлистная, пижма обыкновенная, ревеня тангутский, щавель конский, шалфей лекарственный, мята перечная, полынь горькая, вереск обыкновенный, дудник лекарственный, зеленый чай.	Белладонна, белена черная, крестовик ромболистный, кукурузные рыльца, морковь посевная, одуванчик лекарственный, пастернак посевной, петрушка кудрявая, ромашка безъязычковая, скополия карниолийская, солодка голая, чистотел большой, шлемник байкальский, амми зубная, анис обыкновенный, барбарис обыкновенный, горичник Морисона.	Подорожник, ромашка аптечная, шиповник, алтей лекарственный, арника горная, богульник болотный, бадан толстолистный, горец змеиный, девясил высокий, кора дуба, зверобой продырявленный, коровяк густоцветковый.	Валериана лекарственная, пустырник пятилопастный, мачек желтый, хмель обыкновенный, стефания гладкая, пион уклоняющийся, патриния средняя, синюха голубая.	Аралия манчжурская, большеголовник сафлоровидный, женьшень, заманиха, левзея сафлоровидная, китайский лимонник, полынь таврическая, чилибуха, родиола розовая, секуринога полукустарниковая, стеркулия платанолистная.

- введение педиатрических категорий;  
 - классификация вариантов функциональной диспепсии как постпрандиальный дистресс-синдром и синдром эпигастральной боли;  
 - четкое определение критериев дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди.

Арсенал средств, применяемых при диспепсии, как органической, так и функциональной, обусловлен пониманием патогенеза диспепсии как таковой. И основные механизмы развития заболевания и симптомов можно разделить на несколько групп: воспаление, нарушение секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка, висцеральная гиперчувствительность, психологические факторы.

Следует обратить внимание, что помимо инфекционного воспаления и кислотно-пептического фактора симптоматика со стороны верхних отделов пищеварительного тракта во многом определяется нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка, объективное и неинвазивное выявление которой наиболее рационально проводить с помощью <sup>13</sup>C-октанового дыхательного теста. В то же время эмпирическую коррекцию симптоматики можно проводить с помощью препаратов, обладающих прокинетиескими свойствами, либо фитопрепаратов, нормализующих моторику эзофагогастродуоденальной зоны.

В табл. 3 представлены основные лекарственные растения, которые можно применять в гастроэнтерологии.

В отечественной практике врачи достаточно давно и с успехом используют комбинированные фитопрепараты, такие, в частности, как Гастритол, производимый немецкой компанией «Доктор Клейн». В состав препарата входят 7 компонентов (лапчатка гусиная, трава кардобенедикта (бархатцы), зверобой продырявленный, ромашка аптечная, корень солодки, корень дягиля, полынь горькая), что позволяет сбалансированно получить все описанные выше эффекты и в полной мере охватить весь спектр патогенетических механизмов, вовлеченных в развитие симптомов диспепсии. Биологически активные вещества 7 растений, входящих в состав Гастритола, – танины, флавоноиды, кумарины, фуранокумарины, хамазулен, гиперацин и др. – вызывают следующие эффекты в организме вообще и в пищеварительном тракте в частности:

- обезболивающий (корень дягиля, ромашка аптечная);
- противовоспалительный (корень солодки, ромашка аптечная);
- бактерицидный (корень солодки);
- спазмолитический (лапчатка гусиная, корень дягиля);
- ветрогонный (трава кардобенедикта, полынь горькая, корень дягиля);

- желчегонный (корень дягиля, трава полыни);
- гастропротекторный (корень солодки);
- секретолитический (трава кардобенедикта, трава полыни);
- вяжущий (трава лапчатки гусиной);
- антиаллергический (ромашка аптечная);
- седативный (цветки ромашки);
- антидепрессивный (трава зверобоя, трава полыни);
- вегетостабилизирующий (трава зверобоя, цветки ромашки);
- кислотнонормализующий (корень солодки, трава кардобенедикта, трава полыни, цветки ромашки, трава зверобоя).

**Данный препарат может быть рекомендован пациентам как в схемах основного лечения, так и в период диагностического поиска для облегчения симптоматики до установления окончательного диагноза.** Кроме того, исходя из нашего опыта, успешным является использование Гастритола по 25 капель 3 раза в день у пациентов после окончания терапии для эрадикации Нр с целью коррекции нежелательных эффектов данного лечения и предупреждения возврата симптомов диспепсии.

Еще раз подчеркнем, что экспертами подкомитета по функциональным расстройствам желудка и двенадцатиперстной кишки выделены «симптомы тревоги». К ним относятся: нарушение глотания, возникшее недавно; рвота; симптомы кровотечения – гематемезис, дегтеобразный стул, алая кровь в кале, длительное повышение температуры, немотивированное похудение (особенно быстрое или значительное); данные анализов крови: повышение уровня лейкоцитов более 10<sup>9</sup>/л, анемия (гемоглобин менее 120 г/л), повышение СОЭ (более 15 мм/ч), возникновение первых желудочно-кишечных жалоб в возрасте старше 35 лет. Наличие такой симптоматики требует отказа от использования безрецептурного препарата и проведения тщательного обследования больного с использованием инструментальных методов, в частности – эндоскопии [2].

В заключение хотелось бы отметить, что очень часто наши практикующие врачи, особенно в регионах Украины, на вопрос, является ли диспепсия диагнозом, отвечают: нет, это синдром. Между тем, как было изложено выше, это такой же правомочный диагноз, как и все остальные, и может быть установлен в 2 вариантах: неисследованная диспепсия и функциональная диспепсия. А лечебная тактика при этих диагнозах должна избираться в соответствии с мировым опытом и международными рекомендациями, но с учетом индивидуализированного мониторинга эффективности назначаемого лечения.

**Діагностичний пошук і лікувальні стратегії при синдромі диспепсії**  
**В.В. Чернявський**

**Diagnosis look-up and treatment strategies in syndrome of dyspepsia**  
**V.V. Chernyavskiy**

В статті наведені сучасні погляди, а також власні дані щодо стратегії ведення пацієнтів з недослідженою диспепсією. Розглянуто питання застосування фітопрепаратів у якості пробного лікування на етапі діагностичного пошуку.

Current views and own investigations on management strategies for patients with uninvestigated dyspepsia are presented in the article. The issue on phytotherapy use as a tentative treatment option during diagnosis look-up period was considered.

**Ключові слова:** диспепсія, діагностика, <sup>13</sup>C-сечовинний дихальний тест, лікування, фітоterapia.

**Key words:** dyspepsia, diagnosis, <sup>13</sup>C-urea breath test, treatment, phytotherapy.

**Сведения об авторе**

**Чернявський Владимир Владимирович** – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульв. Т. Шевченко, 13; тел.: (067) 404-32-33. E-mail: Vvch1979@gmail.com

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Передерий В.Г., Ткач С.М., Марусанич Б.Н., Чернов А.Ю. Диспепсия как самостоятельный диагноз и неспецифический синдром: Монография. – Луганск, ОАО ЛОТ, 2006. – 340 с.
2. Передерий В.Г., Чернявский В.В. Как вылечить хронический гастрит, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки и предупредить рак желудка. В вопросах и ответах гастроэнтеролога врачу общей практики и пациенту: Монография. – Луганск, ОАО ЛОТ. – 2005. – 315 с.
3. Chiba N, Bernard L, O'Brien BJ, et al. A Canadian physician survey of dyspepsia management. *Can J Gastroenterol* 1998; 12: 83–90.
4. Clouse RE, Richter JE, Heading RC, et al. In: Drossman DA, Corazzari E, Talley NJ, et al. Eds. Rome II: The functional gastrointestinal disorders. 2nd edn. McLean VA: Degnon Associates, 2000.
5. Malfertheiner P., et al Management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut* 2012;61:646–664.
6. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process // *Gut* 1999; 45 (Suppl. 2): II1–II5 (September).
7. Finney JS, Kinnersley N, Hughes M, et al. Meta-analysis of antisecretory and gastrokinetic compounds in functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1998; 26: 312–20.
8. Fisher R.S. Altered visceral perception is responsible for Functional (Nonulcer) Dyspepsia // *Pract. Gastroenterol.* 1999; 23 (5): 57–61.
9. Heaney A, Collins J., Watson R. et al. A prospective randomised trial of "test and treat" policy versus endoscopy based management in young Helicobacter pylori positive patients with ulcer-like dyspepsia, referred to a hospital clinic. *Gut*, 1999, 45: 186–190.
10. Knill-Jones R. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. *Scand.J.Gastroenterol.Suppl.* 1991, 182; 17–24
11. Koch KL. Dyspepsia of unknown origin. Pathophysiology, diagnosis and treatment. *Dig Dis* 1997; 15: 316–29.
12. Lam S.K. The role of Helicobacter pylori on functional dyspepsia. // Innovation towards better GI care. 1. Janssen-Cilag congress. Abstracts. – Madrid, 1999; 42–3.
13. Malagelada J-R. Upper GI management issues for gastroenterologists. // Innovation towards better GI care. 1. Janssen-Cilag congress. Abstracts. – Madrid. 1999; 38–9.
14. McCallum R.W. The dyspepsia algorithm. // *Pract.Gastroenterol.* 1998; 22 (6): 26–38.
15. McColl K. et al., Symptomatic benefit from eradicating Helicobacter pylori infection in patients with nonulcer dyspepsia. *New Engl J Med* 1998; 338: 1869.
16. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD001960.
17. Tack J., Talley N.J., et al. Rome III criteria: functional gastrointestinal disorders // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 5 (31). – С. 31-45.
18. Talley N., Axon A., Bytzer P. Et al. Management of uninvestigated and functional dyspepsia: A Working Party report for the World Congresses of Gastroenterology 1998. *Aliment. Pharmacol.Ther.*, 1999, 13: 1135–1148
19. Talley N.J. Dyspepsia: Upper Abdominal Pain // *Pract. Gastroenterol.* 1999; 23 (1): 15–6.
20. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45: 1137–42.

Статья поступила в редакцию 11.06.2014