

МЕНЕДЖМЕНТ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ ЗГІДНО З СУЧАСНИМИ НАСТАНОВАМИ І РЕКОМЕНДАЦІЯМИ

©І. О. Боровик

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕЗЮМЕ. Диспепсія є частою причиною звернення за медичною допомогою, це захворювання погіршує якість життя, знижує працездатність хворих, потребує значних економічних ресурсів. Більшість таких пацієнтів звертаються за медичною допомогою до сімейного лікаря.

Мета – проаналізувати нові настанови і рекомендації та сформувати сучасний алгоритм діагностики й лікування функціональної диспепсії (ФД) на етапі первинної медичної допомоги.

Матеріал і методи. У дослідженні застосовано інформаціологічний, бібліосистематичний та аналітичний методи в міжнародних медичних інформаційних електронних базах даних.

Результати. Терміном «недосліджена диспепсія» позначають усі випадки звернення пацієнта за медичною допомогою, якщо ніяких обстежень ще не було проведено. Для встановлення діагнозу ФД необхідно провести ряд додаткових досліджень, щоб виключити органічну природу захворювання. Диспепсія є клінічним діагнозом, а хронічний гастрит – морфологічним. Згідно з сучасними рекомендаціями, завданням сімейного лікаря є визначення показань до ендоскопічного обстеження і проведення діагностики інфекції *Helicobacter pylori*. Тактика «test and treat» щодо інфекції *Helicobacter pylori* при недослідженій диспепсії дає позитивний клінічний ефект, особливо в довгостроковій перспективі, а також відновлює слизову оболонку шлунка та має канцеропревентивну дію. Доведену ефективність у лікуванні різних форм функціональної диспепсії мають інгібітори протонної помпи (ІПП), які рекомендовано призначати курсом 4–8 тижнів з наступним прийомом за потреби. При відсутності ефекту від терапії першої лінії ІПП рекомендується призначення сучасних прокінетиків коротким курсом, трициклічних антидепресантів протягом 6 місяців, а також психологічної терапії. При неможливості досягнення позитивного ефекту при ФД можуть використовуватись, але не мають достатньої доказової бази, такі методи лікування як акупунктура, фітотерапія, призначення пробіотиків та вітамінних комплексів.

Висновки. При зверненні пацієнта з диспепсією завданням сімейного лікаря є визначення показань до ендоскопічного обстеження і проведення діагностики інфекції *Helicobacter pylori* та, при позитивному результаті, – ерадикації *Helicobacter pylori*. Доведену ефективність у лікуванні різних форм функціональної диспепсії мають ІПП, прокінетики, трициклічні антидепресанти, психологічна терапія.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: функціональна диспепсія; гастрит; *Helicobacter pylori*; рекомендації; сімейний лікар.

Вступ. Диспепсія – поширений термін, який часто використовують при різноманітних захворюваннях органів травлення [8]. Основними симптомами диспепсії є абдомінальний біль або дискомфорт в епігастрії по середній лінії живота, нудота і/або блювання, печія, відрижка, аерофагія, регургітація, відчуття переповнення після їжі, здуття живота, анорексія, раннє відчуття насичення [7, 15]. Згідно із сучасними уявленнями, диспепсію можна трактувати і як самостійне нозологічне захворювання, і як синдром [5]. Римські критерії визначають диспепсію як симптомокомплекс, що включає біль, печію, відчуття раннього насичення їжею, тяжкість і переповнення шлунка, що свідчить про ураження верхніх відділів ШКТ, які чітко не пов'язані з фізичним навантаженням і тривають не менше ніж 3 міс. за останні 6 міс. [21, 23, 32]. Як медичні працівники, так і самі пацієнти зазвичай не сприймають симптоми диспепсії як серйозне порушення стану здоров'я. За даними різних авторів, диспепсичні симптоми виявляють у 20–40 % населення Європи та Америки, але лише близько 25 % з них звертаються за медичною допомогою і більшість залишаються некон-

сультованими протягом тривалого часу [3, 19]. При цьому диспепсія погіршує якість життя, знижує працездатність пацієнтів і потребує значних економічних ресурсів [6, 19]. Такі пацієнти практично завжди звертаються за медичною допомогою до сімейного лікаря. Загальні відмінності в основних завданнях лікарів первинної та вторинної медичної допомоги були детально роз'яснені Марінкером [9]. Він стверджував, що роль лікаря загальної практики полягає у маргіналізації (виключенні) небезпек, тоді як роль фахівця полягає у маргіналізації невизначеності та у стратегії управління. Тому тактикою сімейного лікаря є забезпечення раннього виявлення невеликої кількості пацієнтів із симптомами, що представляють серйозні захворювання, при цьому застосовуючи більш зважений та консервативний підхід у веденні більшості пацієнтів, які навряд чи мають серйозне органічне чи психосоматичне захворювання [6, 13, 19, 23].

Мета – проаналізувати нові настанови та рекомендації, сформувавши сучасний алгоритм діагностики і лікування функціональної диспепсії (ФД) на етапі первинної медичної допомоги.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні застосовано інформаціологічний, бібліо-систематичний та аналітичний методи в міжнародних медичних інформаційних електронних базах даних.

Результати й обговорення. У зв'язку з різними підходами до визначення окремих патологічних понять, у нашій країні, на противагу закордонним спеціалістам, які встановлюють діагноз диспепсії, вітчизняні лікарі та пацієнти частіше використовують поняття «гастрит» [4]. Клінічний діагноз «хронічний гастрит» практично не використовується в закордонній літературі. Сучасні адаптовані рекомендації чітко розмежовують поняття диспепсії та гастриту: диспепсія – діагноз клінічний, а хронічний гастрит – морфологічний, коли при біопсії шлунка діагностують атрофічні зміни слизової оболонки (СО) [3]. Отже, гастрит є чисто морфологічним поняттям і може бути діагностований лише після проведення ендоскопічного дослідження з множинною біопсією та наступним морфологічним висновком із вказанням наявності змін в СО шлунка [2, 30]. У клінічній гастроентерології заміна діагнозу «хронічний гастрит» на діагноз «ФД» має певні переваги та недоліки. До позитивних наслідків такої заміни відносять правильне розуміння природи диспепсичних скарг при хронічному гастриті та призначення адекватної терапії; до негативних – відмову від оцінки у хворих на ФД морфологічних змін в СО шлунка [3].

Поняття «недосліджена диспепсія» стосується всіх пацієнтів із новими або повторюваними диспепсичними симптомами, щодо яких раніше не проводилось жодних досліджень. ФД не є тотожною з недослідженою диспепсією. Щоб діагностувати ФД, необхідно провести ряд додаткових досліджень (ЕГДС, УЗД ОЧП, ЗАК, БАК) для підтвердження неорганічної природи захворювання [21, 23]. Патолофізіологія ФД є багатофакторною, в ній задіяні кілька механізмів, таких як патологічне спорожнення шлунка, вісцеральна гіперчутливість, порушення шлункової акомодатції та фактори центральної нервової системи. Причинами розвитку ФД є спадковість, шлункова гіперчутливість (надмірна реакція на нормальні подразники з активацією як центральної, так і периферійної нервової системи), інфекція *Helicobacter pylori*, шкідливі звички та аліментарні фактори (куріння, вживання алкогольних напоїв, чаю, кави), застосування НПЗП [15, 21]. Згідно з Римськими критеріями, ФД поділяється на синдром епігастрального болю і постпрандіальний дистрес-синдром [5, 7, 8, 14, 22].

Діагностика ФД складається із встановлення зазначених вище симптомів та виключення органічних захворювань. Тому необхідним є прове-

дення лабораторних та інструментальних досліджень, щоб підтвердити неорганічну природу захворювання. На жаль, Римські критерії погано працюють у випадках встановлення діагнозу ФД, коли немає необхідності проведення верхньої ендоскопії ШКТ [22, 23]. Це призвело до необхідності пошуку альтернативних простих, неінвазивних, недорогих діагностичних підходів, включаючи такі, як таблетка капсаїцину або комбінований сироватковий біомаркер, які б могли точно визначити пацієнтів із ФД. Однак в даний час недостатньо доказів для підтвердження значимості будь-якого з цих обстежень [7, 8, 23].

У веденні пацієнта з диспепсією лікарем первинної медичної допомоги важливим є ретельний збір анамнезу захворювання з оцінкою типових симптомів, наявності тривожних симптомів, оцінкою симптомів та проявів органічної патології стравоходу (ГЕРХ), шлунка (виразки, раку шлунка, гастриту тощо), диспепсії, індукованої прийомом медикаментів, інших функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (СПК, аерофагія, функціональне блювання тощо) [1, 8, 15, 21, 23]. Для виключення органічних захворювань необхідні наступні заходи: переконатися, що у хворого є постійні або рецидивні симптоми диспепсії, вони перевищують за своєю тривалістю 3 останні місяці з початком проявів не менше 6 місяців перед діагностикою, симптоми пов'язані з верхнім відділом шлунково-кишкового тракту; виключити «симптоми тривоги»: дисфагія, блювота з кров'ю, кров у калі, лихоманка, невмотивоване схуднення, виявлення утворення в черевній порожнині, анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, спадковість, обтяжена за раком шлунка, вік старше 45 років; виключити прийом НПЗЗ; провести комплекс обов'язкових досліджень із тестуванням на наявність пілоричного гелікобактеру [1, 3, 15, 21]. Отже, основним питанням у веденні невизначеної диспепсії є встановлення показань до ендоскопічного дослідження. Якщо при вказаних вище дослідженнях органічної патології не виявлено, то проводиться менеджмент ФД [7, 21, 23].

Курація пацієнта з ФД є складним процесом, бо в основі захворювання лежить поєднання як фізіологічних, так і психологічних чинників [11, 12, 21]. Першим кроком є заспокоєння пацієнта, переконання в тому, що захворювання не має загрозливого для життя характеру, надання рекомендацій щодо способу життя і харчування. Основними сучасними терапевтичними напрямками лікування ФД є тестування на наявність інфекції *Helicobacter pylori* з наступною її ерадикацією при позитивному результаті тесту, антисекреторна терапія ІПП, призначення прокінетиків, антидепресантів, психотерапія [7, 21, 23]. Відповідно до

Маастрихтського консенсусу-V, який визначає правила ведення осіб, інфікованих *Helicobacter pylori*, усі пацієнти з ФД підлягають обов'язковому обстеженню щодо інфікованості *Helicobacter pylori* з подальшим проведенням ерадикаційної терапії, так звана тактика «test and treat» [7, 22, 23]. Як у Кіотському, так і у Маастрихтському консенсус-звітах зазначено, що інфекцію *Helicobacter pylori* необхідно виключити, а при позитивних результатах тестів – успішно ліквідувати у тих, хто скаржиться на диспептичні симптоми ще до того, як встановлений діагноз ФД [22, 30]. Успішна ерадикація *Helicobacter pylori* приводить до повного усунення диспепсичних скарг приблизно у 20–25 % пацієнтів із ФД [16–18, 24]. При цьому, згідно з даними останнього мета-аналізу, що включив в себе 23 дослідження, ерадикаційна терапія інфекції *Helicobacter pylori* вірогідно приводить до регресу симптоматики в довгостроковій перспективі, а не при короткочасному спостереженні [1, 23]. Тому необхідно індивідуально працювати з кожним пацієнтом, націлюючи його на довгостроковий позитивний результат і акцентуючи увагу на тому, що антихелікобактеріальна терапія позитивно впливає на СО шлунка та має канцеропреventивну дію [17, 23]. Зазначена тактика дозволяє без шкоди для якості медичної допомоги зменшити кількість ендоскопічних досліджень на 30–70 % і здешевити послугу при ФД [19, 23, 34]. Тактика ведення пацієнтів з невизначеною диспепсією «test and treat» також є економічно не дешевою, проте вона дозволяє у значній кількості пацієнтів не тільки позбутися симптомів захворювання, а і домогтися доброго клінічного результату шляхом покращення стану СО шлунка та канцеропревенції [2, 7].

При збереженні симптомів після успішної ерадикації першою лінією фармакотерапії ФД є призначення кислотосупресивної терапії ІПП у середній добовій дозі від 4 до 8 тижнів, а далі – за вимогою [7, 21, 23]. Терапія ІПП в багатьох країнах визнана як найефективніший та найбільш економічно обґрунтований метод лікування ФД у молодих пацієнтів [6, 23, 34]. Також доведеною є ефективність призначення ІПП як при синдромі епігастрального болю, так і при постпрандіальному дистрес-синдромі [7, 14, 23], можливо тому, що вони часто поєднуються [12]. Настанови при необхідності тривалого призначення ІПП рекомендують підібрати мінімальну ефективну дозу ІПП [23, 33], перед тривалим призначенням ІПП провести тестування і ерадикацію інфекції *Helicobacter pylori*, в подальшому рекомендувати прийом ІПП за потребою при поверненні симптомів диспепсії [16, 22].

Наступним кроком в лікуванні ФД при збереженні симптомів захворювання є призначення

прокінетиків [21, 23, 27]. Звертають увагу на те, що прокінетики не є першою лінією лікування ФД через можливі небажані ефекти при їх прийомі поряд із незначною вигодою. З метою покращення моторики шлунково-кишкового тракту використовують різні препарати цієї групи [7]. Аналіз даних Кокранівської бібліотеки і останній систематичний огляд та мета-аналіз рандомізованих контрольованих клінічних досліджень продемонстрував статистично значимий ефект прокінетичної терапії, однак індивідуально найефективнішим був визнаний цизаприд, який відкликаний через підвищений ризик серцевих подій, а ітоприд не виявився більш ефективним, ніж плацебо [26, 27]. Також існують практичні труднощі призначення прокінетиків через їх доступність у деяких країнах. Значно обмеженим фармацевтичними комітетами більшості країн є призначення метоклопраміду, через те, що він має потенційно серйозні побічні ефекти, включаючи незворотну тардивну дискінезію [31]. Домперидон має підтверджені дані клінічних випробувань, що вказують на ефективність його застосування при ФД. Настанови ACG / CAG включали мета-аналіз ефективності домперидону, який показав статистично значущий вплив на симптоми із зведеним RR 0,71 (95 % ДІ 0,53–0,97) [23]. Лікарський засіб доступний у Великобританії, Європі та Канаді, але не у США, де його використання можливе у виняткових випадках за індивідуальним рецептом. Було висловлено занепокоєння щодо безпечності домперидону, оскільки його призначення може збільшити ризик серцевих подій за рахунок продовження QT [10]. Останні вітчизняні настанови та інструкції дозволяють прийом домперидону терміном до десяти днів.

У багатьох країнах в якості прокінетика використовується левосультірид, хоча зазвичай він вважається антипсихотичним препаратом. Було доведено його хороші прокінетичні властивості при добрій переносимості при ФД, порівняно з іншими препаратами цієї групи [10]. Новим перспективним прокінетичним засобом, який є інгібітором ацетилхолінерастери, є акотіамід. Препарат покращує акомодацию та випорожнення шлунка. Він отримав ліцензію на лікування ФД у формі постпрандіального дистрес-синдрому в Японії з 2012 року на основі підтвердженої ефективності в проведених рандомізованих клінічних дослідженнях. У дослідженні взяли участь 897 пацієнтів, поліпшення симптомів відбулося у 52 % тих, хто отримував лікування акотіамідом, порівняно з 35 % при прийомі плацебо ($p < 0,001$). Однак при проведенні мета-аналізу ACG / CAG, який поєднав ці результати з даними за 2010 рік, було підтверджено лише дуже незначний позитивний ефект

[35]. Ще одне 52-тижневе відкрите випробування акотіаміду для постпрандіального дистрес-синдрому підгрупи ФД підтвердило хорошу переносимість і безпечність препарату, поряд з клінічною ефективністю. Але у цьому дослідженні не було контрольної групи, а частота реакції на плацебо при функціональних порушеннях ШКТ зазвичай висока [31]. Отже, прокінетики демонструють обмежену ефективність лікування ФД, але їх можна врахувати, якщо інші стратегії лікування не дають позитивного результату [21, 23, 26, 27].

Наступним напрямком лікування ФД при відсутності позитивного результату від попередніх призначень є прийом нейромодуляторів [12, 21, 23]. Вивчену і доведену ефективність при ФД мають трициклічні антидепресанти, такі як амітриптилін та іміпрамін, та антипсихотичні препарати, такі як сульпірид та левосульпірид [29]. Загальновідомим є факт частого поєднання ФД та синдрому подразненого кишечника, тому призначення трициклічних антидепресантів приносить подвійну вигоду [13]. Але однією з основних небажаних дій амітриптиліну є спричинення запорів, що може обмежувати його використання. Трициклічні антидепресанти рекомендовано призначати терміном 6–12 міс. [12, 21, 23].

Призначення немедикаментозних психотерапевтичних заходів також є дієвим та рекомендується при лікуванні ФД. Забезпечення психологічної терапії вимагає доброї кваліфікації лікаря, володіння мотиваційними навиками і бажання пацієнта. Роль психологічної терапії при ФД залишається недостатньо вивченою. Дослідження щодо ефективності психотерапії є не завжди є

оптимальними через високий ризик упередженості та складності в об'єктивній оцінці отриманих результатів [23].

Триває дослідження додаткових, альтернативних методів лікування ФД, таких як пробіотики [36], фітопрепарати із суміші різноманітних трав [16, 25, 33], акупунктури [20], вітамінних комплексів [24, 28]. Загалом альтернативні методи лікування не рекомендуються міжнародними настановами щодо ФД через недостатність даних щодо їх ефективності, хоча пацієнти можуть скористатись ними, особливо якщо традиційні методи лікування не були дієвими. Проте важливо підкреслити, що на сьогодні немає чітких доказів, що підтверджують результативність їх використання [21, 23].

Висновки. При зверненні пацієнта з диспепсією завданням сімейного лікаря є визначення показань до ендоскопічного обстеження і проведення діагностики інфекції *Helicobacter pylori*. Тактика «test and treat» щодо інфекції *Helicobacter pylori* при невизначеній диспепсії дає позитивний клінічний ефект, особливо в довгостроковій перспективі, а також відновлює СО шлунка та має канцеропреентивну дію. Доведену ефективність при лікуванні різних форм ФД мають ІПП. При відсутності ефекту від терапії першої лінії ІПП рекомендується призначення сучасних прокінетиків, трициклічних антидепресантів, а також психологічної терапії. При неможливості досягти позитивного ефекту при ФД можуть використовуватись, але не мають достатньої доказової бази, такі методи лікування як акупунктура, фітотерапія, призначення пробіотиків та вітамінних комплексів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев Д. Н. Алгоритм лечения больных функциональной диспепсией с позиций современных клинических рекомендаций / Д. Н. Андреев // Медицинский совет. – 2018. – № 3. – С. 22–25.
2. Відновлення слизової оболонки шлунка при хронічному ерозивному *Helicobacter pylori*-асоційованому гастриті / Л. С. Бабінець, І. О. Боровик, І. М. Галабіцька [ті ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2019. – № 3. – Р. 13–18.
3. Палій І. Г. Функціональна диспепсія: сучасні уявлення про механізми виникнення й тактику ведення пацієнтів / І. Г. Палій // Практикуючий лікар. – 2013. – № 3. – С. 25–30.
4. Ткач С. М. Функціональна диспепсія и хронический гастрит: сходство и различия / С. М. Ткач // Гастроентерологія. – 2014. – № 3. – С. 103–108.
5. Ткач С. М. Функціональна диспепсія в свете Римских критериев IV / С. М. Ткач // Гастроентерологія. – 2016. – Т. 62, № 4. – С. 65–71.
6. A second-order simulation model of the cost-effectiveness of managing dyspepsia in the United States / P. M. Barton, P. Moayyedi, N. J. Talley [et al.] // Medical Decision Making. – 2008. – Vol. 28 (1). – P. 44–55.
7. Black C. J. Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines / C. J. Black, L. A. Houghton, A. C. Ford // Therapeutic Advances in Gastroenterology. – 2018. – Vol. 11. – P. 1756284818805597. DOI: 10.1177/1756284818805597
8. Brun R. Review: Functional dyspepsia / R. Brun, B. Kuo // Therap. Adv. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 3 (3). – P. 145–164. DOI: 10.1177/1756283X10362639.
9. Controversies in health care policies: challenges to practice / M. Marshall. – London, 1994. – 132 p.
10. Doggrell S. A. Cardiac safety concerns for domperidone, an antiemetic and prokinetic, and galactagogue medicine / S. A. Doggrell, J. C. Hancox // Expert Opin. Drug Saf. – 2014. – Vol. 13. – P. 131–138.
11. Efficacy of psychotropic drugs in functional dys-

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

- pepsia: systematic review and meta-analysis / A. C. Ford, P. Luthra, J. Tack [et al.] // *Gut*. – 2017. – Vol. 66. – P. 411–420.
12. Ford A. C. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis / A. C. Ford, E. M. Quigley, B. E. Lacy [et al.] // *Am. J. Gastroenterol*. – 2014. – Vol. 109. – P. 1350–1365.
13. The Rome III criteria for the diagnosis of functional dyspepsia in secondary care are not superior to previous definitions / A. C. Ford, P. Bercik, D. G. Morgan [et al.] // *Gastroenterology*. – 2014. – Vol. 146 (4). – P. 932–940.
14. Grudell A. B. Effect of a proton pump inhibitor on postprandial gastric volume, emptying and symptoms in healthy human subjects: a pilot study / A. B. Grudell, M. Camilleri, D. D. Burton // *Aliment. Pharmacol Ther.* – 2006. – Vol. 24. – P. 1037–1043.
15. Harmon R. C. Review: Evaluation and management of dyspepsia / R. C. Harmon, D. A. Peura // *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. – 2010. – Vol. 3 (2). – P. 87–98.
16. Hu Y. Effect of Chinese patent medicine Si-Mo-Tang oral liquid for functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / Y. Hu, Y. Bai, Z. Hua // *PLoS One*. – 2017. – Vol. 12. – P. e0171878.
17. Kang S. J. Helicobacter pylori Eradication Therapy for functional dyspepsia: A meta-analysis by region and H. pylori prevalence / S. J. Kang, B. Park, C. M. Shin // *Journal of Clinical Medicine*. – 2019. – Vol. 8 (9). – P. 1324.
18. Kashyap B. 'Test and treat' policy in dyspepsia: time for a reappraisal / B. Kashyap, I. R. Kaur, P. K. Garg // *Tropical Doctor*. – 2012. – Vol. 42 (2). – P. 109–111.
19. Functional dyspepsia: the economic impact to patients / B. E. Lacy, K. T. Weiser, A. T. Kennedy [et al.] // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. – 2013. – Vol. 38. – P. 170–177.
20. Acupuncture for functional dyspepsia / L. Lan, F. Zeng, G. J. Liu [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2014. – No. 10. – P. CD008487. doi: 10.1002/14651858.CD008487.pub2.
21. The diagnosis and treatment of functional dyspepsia / A. Madisch, V. Andresen, P. Enck [et al.] // *Dtsch. Arztebl. Int.* – 2018. – Vol. 115 (13). – P. 222–232.
22. Malfertheiner P. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V / Florence Consensus Report / P. Malfertheiner, F. Megraud, C. A. O'Morain // *Gut*. – 2017. – Vol. 66. – P. 6–30.
23. Corrigendum: ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia / P. M. Moayyedi, B. E. Lacy, C. N. Andrews [et al.] // *The American Journal of Gastroenterology*. – 2017. – Vol. 112 (9). – P. 1484.
24. Benefit of supplements in functional dyspepsia after treatment of Helicobacter pylori / R. Pellicano, D. G. Ribaldone, G. M. Saracco [et al.] // *Minerva Gastroenterologica e Dietologica*. – 2014. – Vol. 60 (4). – P. 263–268.
25. Pilichiewicz A. N. Effects of Iberogast on proximal gastric volume, antropyloroduodenal motility and gastric emptying in healthy men / A. N. Pilichiewicz, M. Horowitz, A. Russo // *Am. J. Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 102. – P. 1276–1283.
26. Prokinetics for functional dyspepsia / R. Pittayanon, Y. Yuan, N. P. Bollegala [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2018. – Vol. 10 (10). – P. CD009431.
27. Prokinetics for functional dyspepsia: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials / R. Pittayanon, Y. Yuan, N. P. Bollegala // *Am. J. Gastroenterol.* – 2019. – Vol. 114 (2). – P. 233–243. doi: 10.1038/s41395-018-0258-6.
28. Impact of Helicobacter pylori on the development of vitamin B12 deficiency in the absence of gastric atrophy / E. Serin, Y. Gümürdülü, B. Özer [et al.] // *Helicobacter*. – 2002. – Vol. 7. – P. 337–341.
29. Singh H. Efficacy and tolerability of levosulpride, domperidone and metoclopramide in patients with non-ulcer functional dyspepsia: a comparative analysis / H. Singh, R. Bala, K. Kaur // *J. Clin. Diagn. Res.* – 2015. – Vol. 9. – P. Fc09–Fc12.
30. Sugano K. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis / K. Sugano, J. Tack, E. J. Kuipers // *Gut*. – 2015. – Vol. 64. – P. 1353–1367.
31. Tack J. Long-term safety and efficacy of acotiamide in functional dyspepsia (postprandial distress syndrome)-results from the European phase 3 open-label safety trial / J. Tack, J. Pokrotnieks, G. Urbonas // *Neurogastroenterol. Motil.* – 2018. – Vol. 30. – P. e13284.
32. Talley N. J. Functional dyspepsia / N. J. Talley, A. C. Ford // *N. Engl. J. Med.* – 2015. – Vol. 373. – P. 1853–1863.
33. von Arnim U. STW 5, a phytopharmakon for patients with functional dyspepsia: results of a multicenter, placebo-controlled double-blind study / U. von Arnim, U. Peitz, B. Vinson // *Am. J. Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 102. – P. 1268–1275.
34. Qvigstad G. Oral proton-pump inhibitors and step-down therapy for nonulcer dyspepsia: is this the right approach? / H. L. Waldum, T. C. Martinsen, Ø. Hauso [et al.] // *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. – 2010. – Vol. 3 (2). – P. 73–76.
35. Management of functional dyspepsia: state of the art and emerging therapies / H. Yamawaki, S. Futagami, M. Wakabayashi [et al.] // *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. – 2018. – Vol. 9 (1). – P. 23–32.
36. Efficacy of prebiotics and probiotics for functional dyspepsia: A systematic review and meta-analysis / J. Zhang, H. M. Wu, X. Wang [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2020. – Vol. 99 (7). – P. e19107.

REFERENCES

1. Andreev, D.N. (2018). Algoritm lecheniya bolnykh funktsionalnoy dispepsiyey s pozitsiyi sovremennykh klinicheskikh rekomendatsiy [Treatment algorithm for patients with functional dyspepsia from the perspective of current clinical guidelines]. *Meditsinskiy sovet – Medical Council*, 3, 22-25 [in Russian].
2. Babinets, L.S., Borovyk, I.O., Halabitska, I.M., Datsko, T.V., & Butynskiy, Yu.I. (2019). Vidnovlennia slizovoi obolonky shlunka pry khronichnomu erozyvnomu Helicobacter pylori-asotsiiovanomu hastryti [Restoration of the gastric mucosa in chronic erosive Helicobacter pylori-associated gastritis]. *Suchasna gastroenterolohiia – Modern Gastroenterology*, 3, 13-18 [in Ukrainian].
3. Palii, I.H. (2013). Funktsionalna dyspepsiia: suchasni uiavlennia pro mekhanizmy vynyknennia i taktyku vedenia patsientiv [Functional dyspepsia: current ideas about the mechanisms of occurrence and tactics of patient management]. *Praktykuiuchy likar – The Practitioner*, 3, 25-30 [in Ukrainian].
4. Tkach, S.M. (2014). Funktsionalnaya dispepsiya i khronicheskii gastrit: skhodstvo i razlichya [Functional dyspepsia and chronic gastritis: similarities and differences]. *Hastroenterolohiia – Gastroenterology*, 3, 103-108 [in Russian].
5. Tkach, S.M. (2016). "Funktsionalnaya dispepsiya v svete Rymsskykh kryteriyev IV" [Functional dyspepsia and chronic gastritis: similarities and differences]. *Hastroenterolohiia – Gastroenterology*, 62, 4, 65-71 [in Russian].
6. Barton, P.M., Moayyedi, P., Talley, N.J., Vakil, N.B., & Delaney, B.C. (2008). A second-order simulation model of the cost-effectiveness of managing dyspepsia in the United States. *Medical Decision Making*, 28 (1), 44-55.
7. Black, C.J., Houghton, L.A., & Ford, A.C. (2018). Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 11, 1756284818805597. DOI: 10.1177/1756284818805597.
8. Brun, R., & Kuo, B. (2010). Review: Functional dyspepsia. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 11, 145-164, 1756284818805597. DOI: 10.1177/1756284818805597
9. Marshall, M. (Ed.). (1994). *Controversies in health care policies: challenges to practice*. London.
10. Doggrel, S.A., & Hancox, J.C. (2014). Cardiac safety concerns for domperidone, an antiemetic and prokinetic, and galactagogue medicine. *Expert Opin. Drug Saf*, 13, 131-138.
11. Ford, A.C., Luthra, P., Tack, J., Boeckxstaens, G.E., Moayyedi, P., & Talley, N.J. (2017). Efficacy of psychotropic drugs in functional dyspepsia: systematic review and meta-analysis. *Gut*, 66, 411-420.
12. Ford, A.C., Quigley, E.M., & Lacy, B.E. (2014). Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.*, 109, 1350-1365.
13. Ford, A.C., Bercik, P., Morgan, D.G., Bolino, C., Pintos-Sanchez, M.I., & Moayyedi, P. (2014). The Rome III criteria for the diagnosis of functional dyspepsia in secondary care are not superior to previous definitions. *Gastroenterology*, 146 (4), 932-940.
14. Grudell, A.B., Camilleri, M., & Burton, D.D. (2006). Effect of a proton pump inhibitor on postprandial gastric volume, emptying and symptoms in healthy human subjects: a pilot study. *Aliment Pharmacol. Ther.*, 24, 1037-1043.
15. Harmon, R.C., & Peura, D.A. (2010). Review: Evaluation and management of dyspepsia. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 3 (2), 87-98.
16. Hu, Y., Bai, Y., & Hua, Z. (2017). Effect of Chinese patent medicine Si-Mo-Tang oral liquid for functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 12, e0171878.
17. Kang, S.J., Park, B., & Shin, C.M. (2019). Helicobacter pylori Eradication Therapy for Functional Dyspepsia: A Meta-Analysis by Region and H. pylori Prevalence. *Journal of Clinical Medicine*, 8 (9), 1324.
18. Kashyap, B., Kaur, I.R., Garg, P.K., Das, D., & Goel, S. (2012). 'Test and treat' policy in dyspepsia: time for a reappraisal. *Tropical Doctor*, 42 (2), 109-111.
19. Lacy, B.E., Weiser, K.T., Kennedy, A.T., Crowell, M.D., & Talley, N.J. (2013). Functional dyspepsia: the economic impact to patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 38, 170-177.
20. Lan, L., Zeng, F., Liu, G.J., Ying, L., Wu, X., Liu, M., & Liang, F.R. (2014). Acupuncture for functional dyspepsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD008487.
21. Madisch, A., Andresen, V., Enck, P., Labenz, J., Frieling, T., & Schemann, M. (2018). The Diagnosis and Treatment of Functional Dyspepsia. *Dtsch. Arztebl. Int.*, 115 (13), 222-232.
22. Malfertheiner, P., Megraud, F., & O'Morain, C.A. (2017). Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V / Florence Consensus Report. *Gut*, 66, 6-30.
23. Moayyedi, P., Lacy, B.E., Andrews, C.N., Enns, R.A., Howden, C.W., & Vakil, N. (2017). Corrigendum: ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *The American Journal of Gastroenterology*, 112 (9), 1484.
24. Pellicano, R., Ribaldone, D.G., Saracco, G.M., Leone, N., De Angelis, C., Arrigoni, A., ..., & Astegiano, M. (2014). Benefit of supplements in functional dyspepsia after treatment of Helicobacter pylori. *Minerva Gastroenterologica e Dietologica*, 60 (4), 263-268.
25. Pilichiewicz, A.N., Horowitz, M., & Russo, A. (2007). Effects of Iberogast on proximal gastric volume, antropyloroduodenal motility and gastric emptying in healthy men. *Am. J. Gastroenterol.*, 102, 1276-1283.
26. Pittayanon, R., Yuan, Y., Bollegala, N.P., Khanna, R., Leontiadis, G.I., & Moayyedi, P. (2018). Prokinetics for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 10 (10), CD009431.
27. Pittayanon, R., Yuan, Y., Bollegala, N.P., Khanna, R., Lacy, B.E., Andrews, C.N., ..., & Moayyedi, P. (2019). Prokinetics for functional dyspepsia: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Am. J. Gastroenterol.*, 114 (2), 233.
28. Serin, E., Gümürdülü, Y., Özer, B., Kayaselçuk, F., Yilmaz, U., & Koçak, R. (2002). Impact of Helicobacter pylori on the development of vitamin B₁₂ deficiency in the absence of gastric atrophy. *Helicobacter*, 7, 337-341.
29. Singh, H., Bala, R., & Kaur, K. (2015). Efficacy and tolerability of levosulpride, domperidone and metoclopramide in patients with non-ulcer functional dyspepsia: a comparative analysis. *J. Clin. Diagn. Res.*, 9, Fc09-Fc12.

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

30. Sugano, K., Tack, J., & Kuipers, E.J. (2015). Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut*, 64, 1353-1367.
31. Tack, J., Pokrotknieks, J., & Urbonas, G. (2018). Long-term safety and efficacy of acotiamide in functional dyspepsia (postprandial distress syndrome)-results from the European phase 3 open-label safety trial. *Neurogastroenterol. Motil.*, 30, e13284.
32. Talley, N.J., & Ford, A.C. (2015). Functional dyspepsia. *N. Engl. J. Med.*, 373, 1853-1863.
33. von Arnim, U., Peitz, U., & Vinson, B. (2007). STW 5, a phytopharmakon for patients with functional dyspepsia: results of a multicenter, placebo-controlled double-blind study. *Am. J. Gastroenterol.*, 102, 1268-1275.
34. Waldum, H.L., Martinsen, T.C., Hauso, Ø., & Qvigstad, G. (2010). Oral proton-pump inhibitors and step-down therapy for nonulcer dyspepsia: is this the right approach? *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 3 (2), 73-76.
35. Yamawaki, H., Futagami, S., Wakabayashi, M., Sakasegawa, N., Agawa, S., Higuchi, K., ..., & Iwakiri, K. (2018). Management of functional dyspepsia: state of the art and emerging therapies. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 9 (1), 23-32.
36. Zhang, J., Wu, H.M., Wang, X., Xie, J., Li, X., Ma, J., ..., & Tang, X. (2020). Efficacy of prebiotics and probiotics for functional dyspepsia: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 99 (7), e19107.

МЕНЕДЖМЕНТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННЫМИ РУКОВОДСТВАМИ И РЕКОМЕНДАЦИЯМИ

©И. О. Боровик

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины

РЕЗЮМЕ. Диспепсия является распространенной причиной обращения за медицинской помощью, это заболевание ухудшает качество жизни, снижает работоспособность больных, требует значительных экономических ресурсов. Большинство таких пациентов обращаются за медицинской помощью к семейному врачу.

Цель – проанализировать новые директивы и рекомендации, сформировав современный алгоритм диагностики и лечения функциональной диспепсии на этапе первичной медицинской помощи.

Материал и методы. В исследовании применены информациологический, библиосистематический и аналитический методы в международных медицинских информационных электронных базах данных.

Результаты. Понятием «неисследованная диспепсия» обозначают все случаи обращения пациента за медицинской помощью, если никаких обследований еще не было проведено. Для постановки диагноза функциональной диспепсии необходимо провести ряд дополнительных исследований, чтобы исключить органическую природу заболевания. Диспепсия является клиническим диагнозом, а хронический гастрит – морфологическим. Согласно современным рекомендациям, задачей семейного врача является определение показаний к эндоскопическому обследованию и проведение диагностики инфекции *Helicobacter pylori*. Тактика «test and treat» инфекции *Helicobacter pylori* при неисследованной диспепсии дает положительный клинический эффект, особенно в долгосрочной перспективе, а также восстанавливает слизистую оболочку желудка и имеет канцеропреентивное влияние. Доказанной эффективностью в лечении различных форм функциональной диспепсии обладают ингибиторы протонной помпы (ИПП), которые рекомендуется назначать курсом 4–8 недель с последующим приемом по необходимости. При отсутствии эффекта от терапии первой линии ИПП рекомендуется назначение современных прокинетики коротким курсом, трициклических антидепрессантов в течение 6 месяцев, а также психологической терапии. При невозможности достичь положительного эффекта при функциональной диспепсии могут использоваться, но не имеют достаточной доказательной базы, такие методы как акупунктура, фитотерапия, назначение пробиотиков и витаминных комплексов.

Выводы. При обращении пациента с диспепсией задачей семейного врача является определение показаний к эндоскопическому обследованию, а также проведение диагностики инфекции *Helicobacter pylori* и, при положительном результате, – эрадикация *Helicobacter pylori*. Доказанной эффективностью в лечении различных форм функциональной диспепсии обладают ИПП, прокинетики, трициклические антидепрессанты, психологическая терапия.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: функциональная диспепсия; гастрит; *Helicobacter pylori*; рекомендации; семейный врач.

MANAGEMENT OF FUNCTIONAL DYSPESIA IN ACCORDANCE WITH MODERN GUIDELINES AND RECOMMENDATIONS

©I. O. Borovyk

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. Dyspepsia is a common reason for seeking medical health care and significantly decreases the quality of life, reduces the efficiency of patients, requires significant economic resources. Most of these patients are addressed for the health care to a family doctor.

The aim – to analyze new guidelines and recommendations, forming a modern algorithm for diagnostic and treatment of functional dyspepsia in the primary health care.

Material and Methods. The study used informational, bibliographic and analytical methods in international electronic databases.

Results. The “uninvestigated dyspepsia” term is the most common case of seeking medical help, if previous examinations have not been done. Some investigations tests have to be prescribed to diagnose functional dyspepsia and to exclude the organic pathology. Dyspepsia is a clinical diagnosis, while chronic gastritis is a morphological diagnosis. According to the modern guidelines, indications’ determination for the upper endoscopic examination and diagnostic *Helicobacter pylori* is the family doctor’s task. At uninvestigated dyspepsia “test and treat” tactics for *Helicobacter pylori* infection gives a positive clinical benefit, especially in the long term. Also, it repairs the gastric mucosa and has a cancer preventive effect. PPI has proven effectiveness in the treatment of all functional dyspepsia types, and has to be prescribed for 4–8 weeks, with further reception if needed. Modern prokinetics, tricyclic antidepressants, psychological therapy are recommended to be prescribed in the cases of no effect from first-line therapy of PPI. If it is impossible to achieve a positive effect of functional dyspepsia treatment, acupuncture, phytotherapy, probiotics and vitamin complexes treatment methods can be used, but they do not have a sufficient evidence base.

Conclusions. Indications’ determination for upper endoscopic examination and *Helicobacter pylori* diagnostics is the family doctor’s task, and in case of a positive result – eradication of *Helicobacter pylori*. PPIs, prokinetics, tricyclic antidepressants, and psychological therapy have proven benefits in the treatment of functional dyspepsia.

KEY WORDS: functional dyspepsia; gastritis; *Helicobacter pylori*; guidelines; family doctor.

Отримано 21.05.2020