

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ: ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТЕРАПИЯ «ПО ТРЕБОВАНИЮ»

Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: функциональная диспепсия, язвopodobная форма, «Квамател Мини», терапия «по требованию».

Функциональная диспепсия (ФД) является самостоятельным заболеванием. Ее выявляют у 25—30% трудоспособного населения. Нередко она значительно ухудшает качество жизни [2, 7, 8].

Согласно Римским критериям II (1999), ФД — это комплекс функциональных расстройств, включающих в себя:

- постоянную или рецидивирующую диспепсию (боль или ощущение дискомфорта в центре верхней части живота), продолжающуюся не менее 12 нед за последний год;

- отсутствие доказательств наличия органического заболевания (в первую очередь, при эндоскопическом исследовании верхних отделов пищеварительного канала);

- отсутствие облегчения после дефекации или связи диспепсии с изменением частоты и формы стула, то есть исключение синдрома раздраженного кишечника.

Клинические варианты ФД:

- **язвopodobный**, при котором доминирует эпигастральная боль, как при пептической язве, чаще возникающая натощак или ночью и устраняющаяся приемом антисекреторных препаратов;

- **дисмоторный**, проявляющийся дискомфортом в верхних отделах живота, быстрым насыщением, постпрандиальным переполнением, тошнотой, рвотой, чувством вздутия в надчревь. Боль не является ведущим симптомом;

- **неспецифический**, при котором возникают верхнеабдоминальные симптомы, которые не укладываются ни в один из вариантов.

Факторы риска ФД: возраст и пол (чаще ФД бывает у молодых женщин), хронический стресс и патопсихологические реакции, вредные привычки (курение, алкоголизм, психостимуляторы, погрешности в питании и переедание), избыточная масса тела, бесконтрольный прием препаратов (НПВП, анальгетики, салицилаты др.), инфицированность слизистой оболочки желудка *H. pylori*.

Традиционно в патогенезе ФД большую роль отводят гиперсекреции соляной кислоты и особенно увеличению продолжительности контакта кислого содержимого со слизистой оболочкой (СО) гастродуоденальной зоны [2, 9].

Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) проявляются

изменением ритма перистальтики желудка — желудочной дисритмией, расстройством антродуоденальной координации и постпрандиальной аккомодации желудка, замедлением начальной эвакуации из желудка, гастроптозом и другими изменениями и являются важной составляющей патогенеза ФД [3, 4].

В большинстве случаев ФД может быть обусловлена нарушением сенсорной функции СО желудка — висцеральной гиперчувствительностью [5].

H. pylori, встречающийся у 60—90% случаев ФД, является важным этиологическим фактором развития диспептических расстройств у больных ФД, поэтому у *H. pylori*-позитивных больных при наличии диспептических жалоб необходимо проводить эрадикационную терапию, так как удачная эрадикация снижает вероятность формирования в дальнейшем эрозий и язв СО [5—7].

Следует отметить, что верификация диагноза ФД возможна только методом исключения органических заболеваний с аналогичной клинической картиной: средством выбора является ФГДС, особенно для пациентов, у которых симптоматика ФД возникла в более позднем возрасте и если имеются так называемые симптомы тревоги, выявление которых исключает функциональный характер диспепсии. К симптомам тревоги у больных с ФД относятся: дисфагия, лихорадка, видимая примесь крови в кале, немотивированное похудание, анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, симптомы диспепсии, впервые возникшие в возрасте после 45 лет [2, 4, 11].

Лечение больных с ФД должно быть комплексным: следует начинать с изменения образа жизни, отказа от вредных привычек. В зависимости от клинического варианта ФД назначают кислотосупрессивные антисекреторные препараты и/или прокинетики, психотропные средства, при выявлении *H. pylori* — антихеликобактерную терапию [8—11].

У больных с язвopodobным вариантом ФД даже вне периода обострения возможно появление эпизодической умеренной боли в надчревь и изжоги, особенно после воздействия провоцирующих факторов (депрессия, пищевые нарушения). Эти симптомы могут быть длительными и рецидивировать, что значительно снижает качество жизни пациентов.

При лечении ФД предпочтение следует отдавать кислотосупрессивным препаратам — H_2 -блокаторам в субтерапевтических дозах («Квамател Мини» по

10 мг, «Ранитидин» по 75 мг), которые могут длительно и без риска применять при эпизодах боли в надчревьє и изжоге как больные, так и практически здоровые люди, но часто предъявляющие жалобы на изжогу, чувство дискомфорта в надчревьє, боль «голодного характера» [1, 2, 11].

«Квамател Мини» (таблетки, содержащие 10 мг фамотидина) производства фирмы «Рихтер Гедеон» (Венгрия) является эффективным селективным блоатором H_2 -рецепторов гистамина 3-го поколения в удобной дозировке.

Лечебный эффект препарата обусловлен:

- высокой антисекреторной активностью (длительно купирует симптомы гиперацидности и предотвращает ее рецидивы);

- отличается продолжительным действием (10—12 ч), а также быстрым началом терапевтического эффекта (в течение часа);

- всасывание препарата не зависит от приема пищи;
- в отличие от предшественников, «Квамател Мини» не блокирует систему цитохрома P450 и поэтому не взаимодействует с другими препаратами и не оказывает гепатотоксического влияния;

- мини-дозы препарата оказывают иммуномодулирующий эффект и способствуют регенерации СО гастродуоденальной зоны при повреждении;

- нет «синдрома отмены», что объясняется стойкой связью препарата с H_2 -рецепторами гистамина.

«Квамател Мини» (10 мг) назначали больным с язвopodobной формой ФД для длительного применения «по требованию» и предотвращения рецидивов симптомов заболевания.

Материалы и методы исследования

Обследовано 42 больных с язвopodobной формой ФД в возрасте от 17 до 49 лет (средний возраст — $30,2 \pm 2,8$). Из них мужчин было 21, женщин — 18. Продолжительность заболевания составила от 1 до 5 лет.

Диагноз ФД верифицирован на основании результатов клинико-анамнестических, лабораторных, инструментальных исследований, включающих ФГДС, интрагастральную рН-метрию, аспирационно-титрационный метод фракционного исследования желудочного сока, рентгеноскопию желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Критерием включения в группу явились Римские диагностические критерии II (1999) ФД.

Все больные на фоне диеты и режимных мероприятий получали «Квамател Мини» по 10 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки в течение 2 нед лечения в гастроэнтерологическом стационаре, а затем в качестве поддерживающей терапии — по 10 мг для купирования эпизодов изжоги и боли, то есть «по требованию», амбулаторно (3 мес).

Результаты и их обсуждение

В клинической картине доминировали жалобы на типичные симптомы, характерные для язвеной болезни: болевой синдром («голодная» боль) — у 80,9% больных, диспептический (изжога — у 85,7% больных, отрыжка кислым — у 72,8%), астено-невротический (нарушение сна, утомляемость, снижение качества жизни) — у 76,2% пациентов.

Среди провоцирующих факторов развития клинических симптомов отмечались: нервно-психические стрессы, вредные привычки (алкоголь, курение), погрешности в питании (крепкий чай, кофе), прием НПВП, гормонов, салицилатов и др.

При интрагастральной рН-метрии у 76,2% больных отмечено преобладание гиперацидности: от ($1,2 \pm 0,03$) до ($1,3 \pm 0,05$) ед. рН ($P < 0,05$) и непрерывное кислотообразование с абсолютной (51,5%) и относительной (34,3%) декомпенсацией антральной части. Щелочной тест был отрицательным у 31,4% пациентов. У 6 больных определялась нормацидность в базальный период (рН — $1,7 \pm 0,03$; $P < 0,05$).

Как показало исследование кислотообразующей функции желудка аспирационно-титрационным методом, у 66,6% пациентов преобладал пангиперхлоргидрический тип кислотной продукции: БКП — ($13,2 \pm 1,1$) ммоль/ч ($P < 0,05$); СКП — ($21,4 \pm 1,4$) ммоль/ч ($P < 0,05$).

При эндоскопическом исследовании желудка и ДПК не выявлено органических поражений слизистых оболочек гастродуоденальной зоны (эрозии, язвы, рубцовые деформации).

При рентгенологическом исследовании желудка и ДПК определяли повышение тонуса и моторики желудка (33,3%), ослабление моторики антрального отдела (21,4%), неравномерная хаотичная перистальтика (38,1%), гастроптоз (10,8%), гипертонус ДПК (12 больных) и преходящий спазм ДПК (9 больных).

У всех больных с ФД на фоне приема «Кваматела Мини» (по 10 мг) наблюдалась быстрая (на 2-е—3-и сутки) позитивная динамика клинических симптомов заболевания, что проявилось уменьшением болевого синдрома в 1,8 раза ($P < 0,05$), диспептического синдрома: изжога полностью исчезла у 90,4% пациентов, а отрыжка кислым отмечалась лишь у 9,5% больных, что подтверждает способность препарата быстро устранять гиперацидность, проявлять антисекреторную активность и уменьшать боль в надчревьє. Астенический синдром оставался невыраженным у 19,3% пациентов: повысилась трудоспособность, уменьшилось или исчезло чувство тревоги, нормализовался сон, то есть повысилось качество жизни.

При интрагастральной рН-метрии после стационарного лечения отмечено достоверное уменьшение гиперацидности у 52,4% больных: в базальный период показатель рН корпусного отдела желудка был равен ($1,5 \pm 0,06$) ед. рН ($P < 0,05$). Нарушенная ощелачивающая способность антральной части восстановилась у 13 больных.

После лечения «Квамателом Мини» (по 10 мг) пангиперхлоргидрический тип кислотной продукции регистрировался у 42,6% больных.

При рентгенологическом исследовании отмечалась некоторая положительная динамика в плане нормализации моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК: уменьшился их гипертонус у 8 больных, гастроптоз был менее выражен у 5 больных, восстановилась перистальтика у 8 больных.

Таким образом, мини-форма H_2 -блокатора «Квамател Мини» является эффективным средством, которое быстро устраняет болевой синдром, изжогу, ас-

тено-невротические проявления, обладает длительным кислотоснижающим и антисекреторным действием и не вызывает синдрома отмены.

Учитывая пролонгированное действие препарата (10—12 ч), можно рекомендовать «Квамател Мини» (10 мг) для предотвращения феномена «ночного кислотного прорыва».

Выводы

«Квамател Мини» (10 мг) является средством выбора в качестве монотерапии при язвopodobном варианте ФД для поддерживающего лечения «по требованию».

«Квамател Мини» (10 мг) с первых дней применения устраняет эпигастральную боль в надчревьє и

изжогу, что позволяет больным расширить режим труда и диеты.

«Квамател Мини» (10 мг) статистически значимо увеличивает количество дней, свободных от симптомов заболевания, что способствует повышению качества жизни пациентов.

«Квамател Мини» выпускается в удобной форме и дозировке (таблетки по 10 мг), предназначен для длительного применения в качестве поддерживающего средства при ФД, предупреждает рецидивы язвopodobных симптомов.

Препарат можно назначать на длительный период (на 3 мес) «по требованию» практически здоровым лицам, у которых эпизодически возникают изжога, боль и дискомфорт в надчревьє.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васильев Ю.В. Антагонисты H₂-рецепторов в устранении эпизодической изжоги // *Consilium medicus*.— 2004.— С. 9—11.
2. Губергриц Н.Б. Функциональная диспепсия: «старый» синдром и «новое» заболевание // *Сучасна гастроентерол.*— 2000.— № 1.— С. 38—39.
3. Маев И.В. и соавт. Особенности внутрижелудочного кислотообразования и моторики при функциональной диспепсии: В кн.: Тезисы V съезда общества гастроэнтерологов России.— М.: «Анахарсис». 2005.— С. 116—117.
4. Пелешук А.П., Ногаллер А.М., Ревенок Е.Н. Функциональные заболевания органов пищеварения.— К.: Плеяда, 2000.— 422 с.
5. Передерий В.Г., Чернов А.Ю. Эффективность сульпирида при функциональной диспепсии, вызванной H. pylori // *Сучасна гастроентерол.*— 2004.— № 1 (15).— С. 25—28.

6. Передерий В.Г., Безюк Н.Н., Чернов А.Ю. Существует ли связь между хронической инфекцией H. pylori и вегетососудистыми расстройствами у больных с функциональной диспепсией? // *Сучасна гастроентерол.*— 2005.— № 2 (16).— С. 15—18.
7. Ткач С.М. Желудочная диспепсия // *Журн. практ. лікаря.*— 2003.— № 3.— С. 31—37.
8. Циммерман Я.С. Синдром функциональной (неязвенной) диспепсии: современные представления, спорные и нерешенные вопросы // *Клин. мед.*— 2004.— № 5.— С. 16—21.
9. Черненко В.В., Харченко Н.В. Функциональная диспепсия: современные аспекты диагностики, клиники и лечения // *Журн. практ. лікаря.*— 2001.— № 3.— С. 44—48.
10. Шептулин А.А. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении синдрома функциональной диспепсии // *Рос. журн. гастроентерол., гепатол., колопроктол.*— 2003.— № 1.— С. 19—24.
11. Delaney B.C., O'Morain C. Management of Dyspepsia // *Cur. Opin. Gastroenterol.*— 2001.— Vol. 45 (suppl. 1).— P. 38—42.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ: ЗАПОБІГАННЯ РЕЦИДИВАМ ЗАХВОРЮВАННЯ І ТЕРАПІЯ «НА ВИМОГУ»

Т.Д. Звягінцева, О.І. Чернобай

Розглянуто клінічні варіанти функціональної диспепсії, виокремлено чинники ризику, проаналізовано лікувальний ефект «Квамателу Міні», який призначали хворим з виразкоподібною формою хвороби. Автори дійшли висновку, що згаданий вище препарат є засобом вибору для терапії «на вимогу», оскільки з перших днів застосування усуває біль, печію, даючи змогу таким чином розширити дієту й поліпшити якість життя.

FUNCTIONAL DYSPESIA: AVOIDING OF DISEASE RECURRENCES AND THERAPY «UPON REQUEST»

T.D. Zvyagintseva, A.I. Chernobay

Clinical variants of functional dyspepsia have been reviewed including reasons of development, curative effects of «Quamatel Mini» have been analyzed which was administered to patients with ulcer-like disease form. The authors make conclusion that this agent is an agent of choice for the therapy «upon request» as it relieves pain, eliminates heartburn beginning from the first days of application, giving an opportunity to broaden the diet and improve quality of life.