

# СПЕКТР ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ДИСПЕПСІЇ І РЕКОМЕНДУЕМІ ПІДХОДИ К ЇЇ ЛЕЧЕННЮ В УКРАЇНІ

*В.Г. Передерій, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанич, Ю.Г. Кузенко*

Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, Київ

**Ключевые слова:** желудочная диспепсия, *H. pylori*-инфекция, лечение, «Пилобакт нео».

**Ж**елудочная диспепсия — один из наиболее частых симптомокомплексов, с которыми приходится сталкиваться практическому врачу. Такие симптомы, как неопределенная боль и/или дискомфорт в надчревной области, чувство переполнения после еды, отрыжка, изжога, тошнота/рвота, метеоризм, в разных странах выявляют у 12—54% населения, они являются причиной 4—10% всех обращений за медицинской помощью [1, 8]. Считается, что в среднем диспепсией страдает до 20—40% взрослого населения развитых стран. Так, в Швеции распространенность диспепсии составляет 25%, в Дании — 26%, в Великобритании — 40% [3, 8, 21]. В Швеции диагноз диспепсии является четвертым по частоте при первичном осмотре. В США на жалобы диспепсического характера приходится около 10%, а на лечение трактуют не менее 1 млрд долларов в год [5, 22].

Диспепсия не является специфическим синдромом и может наблюдаться при различной патологии пищеварительного канала, как структурной, так и функциональной. Поэтому, исходя из представлений о диспепсии, ее нужно трактовать двояко — как синдром и как самостоятельный диагноз. В первом случае используют термин «неисследованная диспепсия». Это первичный синдромный диагноз, при котором проводят эмпирическое лечение или дальнейшее дообследование в целях установления органических или функциональных причин нарушения. Наиболее частыми органическими причинами диспепсии является язвенная болезнь, хронический гастрит и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Реже в качестве потенциальных причин органической диспепсии выступают гепатобилиарные расстройства, панкреатит, медикаменты, эндокринные нарушения, опухоли пищеварительного канала [3, 5, 7].

У 40—50% пациентов с диспепсией каких-либо структурных патологических отклонений при эзофагогастроэнтероскопии (ЭГДС) не выявляют [2, 8, 12, 22, 23]. В таких случаях заболевание трактуют как функциональная диспепсия (ФД), которая в МКБ 10-го пересмотра выделена в отдельную нозологическую форму под шифром К30. По данным зарубежных исследователей, ФД страдает 10—20% населения развитых стран, причем в основном люди молодого и среднего возраста [8, 22].

Нами проанализированы данные, полученные при обследовании 3616 первичных больных диспепсией (возраст — 16—75 лет, мужчин — 1560, женщин —

2056), лечившихся в специализированном гастроэнтерологическом центре на кафедре факультетской терапии № 1 с курсом последипломной подготовки по гастроэнтерологии и эндоскопии НМУ. Всем больным с неисследованной диспепсией, а также 40 практически здоровым пациентам, составившим контрольную группу, проводили ЭГДС (видеоэндоскопы Evis-140 и Evis-160, Olympus, Япония). Распределение больных в зависимости от эндоскопического диагноза представлено в табл. 1.

Как следует из данных, представленных в табл. 1, атрофия слизистой оболочки желудка (СОЖ), по данным ЭГДС, диагностирована у 470 (13%), а другая эндоскопически достоверно выявляемая структурная патология пищевода и гастродуоденальной зоны (пищевод Барретта, рефлюкс-эзофагиты, эрозии, пептические язвы, полипы и рак желудка) — у 1788 (49,4%) из 3616 больных с синдромом желудочной диспепсии. Таким образом, у 1358 (37,6%) больных (1104 с эритематозной гастропатией и 254

**Таблица 1. Распределение больных с синдромом желудочной диспепсии согласно эндоскопически подтвержденным диагнозам**

Эндоскопический диагноз	Количество больных
Эритематозная гастропатия	1104 (30,5%)
Эрозивная гастропатия	295 (8,2%)
Атрофия СОЖ	470 (13%)
Дуоденальная язва	920 (25,4%)
Язва желудка	114 (3,2%)
Рак желудка	48 (1,3%)
Полипы желудка	44 (1,2%)
Рефлюкс-эзофагит	330 (9,1%)
Пищевод Барретта	37 (1,0%)
Эндоскопическая норма	254 (7,0%)
Всего	3616 (100%)

с нормальной эндоскопической картиной, из них 860 женщин и 498 мужчин, средний возраст 37 лет  $\pm$  7,2 года); при ЭГДС каких-либо существенных изменений со стороны СОЖ не выявлено, и патология трактовалась как ФД.

Во время ЭГДС всем больным проводили быстрый уреазный тест (CLO-тест) для выявления инфекции *H. pylori*. В табл. 2 представлена частота *H. pylori*-инфекции у больных с синдромом желудочной диспепсии и в контроле.

Как видно из данных табл. 2, общая частота *H. pylori*-инфицированности у больных с синдромом желудочной диспепсии составила 74,3% (выявлена у 2688 из 3616 больных) и была достоверно выше, чем в контроле (57,5%;  $P < 0,05$ ). У больных без органической патологии частота *H. pylori*-инфицирования составила 59,5% (807 пациентов), что достоверно не отличалось от контрольного. У пациентов с желудочной диспепсией и рефлюкс-эзофагитом (62,1%) и пищеводом Барретта (59,5%) частота *H. pylori*-инфицированности достоверно от контроля (57,5%) также не отличалась ( $P > 0,05$ ). Однако у больных с эрозивной гастропатией, атрофией СОЖ, кишечными или желудочными язвами, раком и полипами желудка средняя частота *H. pylori*-инфицированности составила 87,5% (выявлена у 1654 из 1891 больного), что существенно и достоверно ( $P < 0,05$ ) превысило аналогичную как в группе контроля (57,5%), так и среднюю по всей группе больных с синдромом желудочной диспепсии (74,3%).

Таким образом, полученные нами данные подтверждают тот известный и доказанный факт, что основной причиной структурной патологии желудочно-кишечной зоны является *H. pylori*-инфекция [6, 8, 10, 15, 17, 18, 20, 24].

Как известно, последние Маастрихтские консенсусы (2—2000 и 3—2005), а также международные клинические руководства в качестве преимущественной стратегии ведения больных с неисследованной диспепсией рекомендуют применять неинвазивную (неэндоскопическую) стратегию «Test & treat», эффективность которой подтверждена с позиций доказательной медицины (уровень научной доказанности — А) [6, 9, 10, 13, 16].

Стратегия «Test & treat» — наиболее употребляемая среди неинвазивных стратегий. Она основана на обследовании пациентов с диспепсическими жалобами с помощью  $^{13}\text{C}$ -мочевинного дыхательного теста или определения фекального антигена *H. pylori*. Эта стратегия применяется как первая линия обследования больных с неисследованной диспепсией в возрасте до 45—55 лет (возраст зависит от региона и распространенности рака желудка) при отсутствии тревожных симптомов и злокачественных новообразований в семейном анамнезе [7, 11]. Из этой группы также должны быть исключены пациенты с доминирующими симптомами ГЭРБ и больные, принимающие НПВП [3, 15, 17]. *H. pylori*-инфицированные пациенты получают стандартную семидневную АГТ, а *H. pylori*-негативные — эмпирическую симптоматическую терапию ИПП или прокинетики [14, 21, 22]. Эта стратегия существенно уменьшает количество необходимых эндоскопических исследований (примерно на 30%) и эффективна в странах с фоновым уровнем распространения *H. pylori*-инфекции свыше 20%, к которым, естественно, относится и Украина [22, 24].

Украина находится на 3-м месте в Европе по распространенности рака желудка (33,27 на 100 тыс. населения среди мужчин, 13,07 — среди женщин), уступающая только России и Белорусии. В странах Западной

Таблица 2. Частота встречаемости *H. pylori*-инфекции у больных с синдромом желудочной диспепсии (по данным быстрого уреазного теста)

Эндоскопический диагноз	Количество больных	Количество <i>H. pylori</i> -инфицированных
Эритематозная гастропатия	1104	659 (59,7%)
Эрозивная гастропатия	295	214 (72,5%*)
Атрофия СОЖ	470	380 (80,9%*)
Дуоденальная язва	920	895 (97,3%*)
Язва желудка	114	94 (82,5%*)
Рак желудка	48	35 (72,9%*)
Полипы желудка	44	36 (81,8%*)
Рефлюкс-эзофагит	330	205 (62,1%)
Пищевод Барретта	37	22 (59,5%)
Эндоскопическая норма	254	148 (58,3%)
Всего	3616	2688 (74,3%*)
Контроль	40	23 (57,5%)

Примечание. \* Разница показателей статистически достоверна ( $P < 0,05$ ) у больных и в контроле.

Европы и США распространенность рака желудка примерно в 2 раза ниже, соответственно и уровень инфицирования населения *H. pylori*-инфекцией также примерно в 2 раза ниже, чем в Украине.

По нашим данным, *H. pylori*-инфицированными оказались 32 из 48 больных с установленным раком желудка (72,9%), причем у 29 из 32 больных (90,6%) отмечался некардиальный рак желудка. В общем рак желудка у мужчин (28 пациентов) встречался в 1,4 раза чаще, чем у женщин (20 больных). При анализе частоты распространенности рака желудка в зависимости от возраста и пола оказалось, что в возрасте до 40 лет отмечено 14,6% всех случаев (4 женщины и 3 мужчины), в возрасте до 50 лет — в 41,7% (9 женщин, 11 мужчин), в возрасте до 60 лет — в 56,3% (12 женщин, 15 мужчин).

Учитывая высокую распространенность рака желудка в Украине и нередкую его частоту в возрасте до 40 лет (по нашим данным, почти у 15% больных), нами изучена эффективность стратегии «Test & treat» у 166 первичных больных (87 мужчин, 79 женщин) с неисследованной диспепсией в возрасте до 40 лет (средний возраст 28 лет ± 7,5 года) без тревожных симптомов и отягощенного семейного анамнеза по раку желудка. Всем больным при помощи <sup>13</sup>C-мочевинного теста устанавливали *H. pylori*-инфицированность, в зависимости от которой все больные были разбиты на 2 группы: «*H. pylori*-позитивные» (122 пациента, 73,4%; мужчин — 65, женщин — 57) и «*H. pylori*-негативные» (44 больные, 26,6%; мужчин — 22, женщин — 22).

«*H. pylori*-позитивным» больным в соответствии с рекомендациями Маастрихтских консенсусов 2—2000 и 3—2005 назначали семидневную тройную антихеликобактерную терапию [16]. Для этих целей использовали комбинированный препарат «Пилобакт нео», важным преимуществом которого является удобство применения, существенно повышающее комплаенс больных. «Пилобакт нео» содержит 7 комбинированных блистеров, рассчитанных на семидневный курс лечения. Каждый блистер имеет 2 капсулы омепразола (20 мг), 2 таблетки кларитромицина (500 мг) и 2 таблетки амоксициллина (1000 мг). Для удобства три препарата расположены в блистере рядом, а на покровной фольге имеется маркировка «Утро» и «Вечер». Курс лечения предусматривает прием трех препаратов 2 раза в 1 сут в течение 7 сут.

«*H. pylori*-негативные» пациенты простым слепым методом рандомизированы на 2 подгруппы, одна из которых (23 пациента) получала ИПП (эзомепразол по 20 мг утром натощак в течение 4 нед), а вторая (21 пациент) — прокинетики (домперидон по 10 мг 3 раза в 1 сут за 20 мин до еды в течение 4 нед).

Эффективность лечения оценивали по шкале интенсивности 10 верхних гастроинтестинальных симптомов O'Brien (0 — нет симптомов; 1 — легкая выраженность, 2 — умеренная выраженность; 3 — выраженная интенсивность) через 1, 2 и 4 нед.

Как следует из данных табл. 3, через 1, 2 и 4 нед. наблюдения клиническая эффективность лечения в I и II группах, где проводили соответственно антихеликобактерную терапию и монотерапию ИПП, отмечалась у большинства больных, между собой достоверно не отличалась и была достоверно выше, чем в III группе, где применяли прокинетики домперидон ( $P < 0,05$ ). Эффективность лечения в I группе больных через 4 нед была достоверно выше, чем через 1 нед лечения.

В I группе у 4 из 122 больных (3,3%) в начале лечения возникли аллергические кожные реакции на антибиотик (амоксициллин) по типу крапивницы, потребовавшие отмены препаратов. Легкие побочные эффекты в I группе больных, не потребовавшие прекращения лечения, отмечались всего у 51 из 118 больных (43,2%). В течение 4 нед наблюдения все побочные эффекты лечения исчезали самостоятельно, без медикаментозной коррекции. Во второй группе легкие побочные эффекты в виде послабления стула и тошноты отмечались у 3 больных (13%). В III группе больных побочные эффекты отмечались у 3 больных (14,3%), причем у 1 больной (4,8%) из-за лактории пришлось отменить препарат.

Через 4 нед после тройной антихеликобактерной терапии больным I группы был проведен контрольный <sup>13</sup>C-дыхательный тест. У 116 из 118 больных (98,3%), которые полностью закончили курс антихеликобактерной терапии, была зафиксирована эрадикация *H. pylori*-инфекции.

У 142 из 166 больных (85,5%) прослежены отдаленные результаты лечения на протяжении 1 года после первичного курса лечения (табл. 4).

Как видно из данных табл. 4, частота рецидивов диспепсии в течение этого срока у больных I группы, где была достигнута эрадикация *H. pylori*-инфекции, была достоверно ниже (у 15,6% пациентов), чем в

Таблица 3. Клиническая эффективность первой линии лечения у больных с неисследованной диспепсией

Группа	Количество больных	Клиническое улучшение		
		Через 1 нед	Через 2 нед	Через 4 нед
I группа (тройная антихеликобактерная терапия)	122	80 (65,6%)*	89 (73%)*	95 (77,9%)*
II группа (монотерапия ИПП)	23	16 (69,6%)*	17 (73,9%)*	17 (73,9%)*
III группа (монотерапия прокинетиком)	21	7 (33,3%)	8 (38,1%)	7 (33,3%)

Примечание. \* Различия достоверны ( $P < 0,05$ ) по сравнению с III группой.

**Таблиця 4. Отдаленные (в течение 1 года) результаты лечения больных с неисследованной диспепсией**

Группа	Количество больных	Больные с рецидивами	Больные с 2 и более рецидивами
I	105	25 (23,8 %)	16 (15,2 %)
II	19	12 (63,2 %)*	9 (47,4 %)*
III	18	14 (77,7 %)**	14 (77,7 %)**

*Примечание. \* Различия достоверны ( $P < 0,005$ ) по сравнению с I и III группами.*

*\*\* Различия достоверны ( $P < 0,005$ ) по сравнению с I и II группами.*

других группах (II группа — 63,2%, III группа — 77,7% пациентов). Среди больных II группы, получавших монотерапию ИПП, частота рецидивов в течение 1 года была достоверно ниже, чем среди больных III группы, принимающих прокинетики. У большинства больных всех групп в течение 1 года наблюдения отмечалось 2 и более рецидивов диспепсии, однако количество таких больных в I группе было достоверно ниже.

При возникновении рецидивов всем больным проводили ЭГДС с быстрым уреазным тестом. Ни у одного из 25 пациентов I группы с рецидивом диспепсической симптоматики реинфекции *H. pylori*-инфекции не выявлено. Только у 5 из 25 пациентов I группы (20%) при ЭГДС были обнаружены эрозии в желудочно-кишечной области или в дистальной части. У остальных пациентов с успешной эрадикацией *H. pylori*-инфекции рецидива диспепсии и каких-либо эрозивно-язвенных поражений в активную фазу или опухолей в желудочно-кишечной области не обнаружено. В то же время структурные изменения (возникновение пептических язв или эрозий в желудочно-кишечной области) в течение 1 года при ЭГДС выявлены у 16 из 37 «*H. pylori*-позитивных» больных (43,2%) с рецидивами диспепсии.

Таким образом в Украине в спектре желудочно-кишечной патологии у больных с диспепсией все же преобладает структурная патология пищевода и желудочно-кишечной области. Органическую патологию (пищевод Барретта, рефлюкс-эзофагиты, эрозии, пептические язвы, полипы и рак желудка) выявляли почти у половины всех больных (49,4%), еще у 13% пациентов по данным ЭГДС была заподозрена атрофия СОЖ. Основной причиной структурной желудочно-кишечной патологии была *H. pylori*-инфекция, распространенность которой составила 87,5%, что достоверно превышало аналогичную как в группе контроля (57,5%), так и среднюю по всей группе больных с синдромом желудочной диспепсии (74,3%). В 37,6% случаев при неисследованной диспепсии какой-либо органической патологии не выявлено, и таким пациентам ставили диагноз «функциональная диспепсия». Частота *H. pylori*-инфицирования в этой группе больных составила 59,5% (807 из 1358 больных), что достоверно от контрольной группы не отличалось.

Ближайшие (в течение 1 мес) результаты лечения больных с неисследованной диспепсией в возрасте

до 40 лет путем эрадикации *H. pylori*-инфекции и монотерапии ИПП между собой достоверно не отличались (клиническая эффективность соответственно равнялась 77,9 и 73,9%) и были достоверно выше, чем при монотерапии прокинетики (эффективность у 33,3% больных). Отдаленные результаты (в течение 1 года) лечения после удачной эрадикации *H. pylori*-инфекции были достоверно лучше (рецидивы у 23,8% больных, не отмечено желудочно-кишечной патологии в 80% случаев), чем в случае применения ИПП, и прокинетиков (рецидивы — соответственно у 63,2 и 77,7% больных). У 43,2% *H. pylori*-инфицированных больных с рецидивами диспепсии в течение 1 года была впервые выявлена органическая желудочно-кишечная патология. Ни у одного больного с рецидивом диспепсии рака желудка не выявлено.

Таким образом, удачная эрадикация *H. pylori*-инфекции дает возможность предупредить в будущем возникновение немедикаментозных пептических язв и некардиального рака желудка, что позволяет рассматривать эту стратегию («Test & treat») в качестве основной первой линии обследования и лечения «*H. pylori*-позитивных» больных с неисследованной диспепсией, даже несмотря на достаточно высокую частоту побочных эффектов. Учитывая высокую распространенность диспепсии и *H. pylori*-инфицирования в Украине, эту стратегию следует проводить не на уровне специализированной гастроэнтерологической помощи, а уже на уровне оказания первичной медицинской помощи (семейный врач/врач общей практики). С этой целью практически врачам целесообразно применять готовые комбинированные препараты, содержащие рекомендуемые для эрадикации *H. pylori*-инфекции препараты и прекарно зарекомендовавшие себя в Украине, такие как «Пилобакт нео». Учитывая высокую распространенность рака желудка в Украине, возраст больных, у которых должна проводиться данная стратегия, на наш взгляд, следует ограничивать 40—45 годами. При отсутствии *H. pylori*-инфекции основной стратегией лечения больных должно быть эмпирическое применение ИПП, которые также следует назначать при недостаточном клиническом эффекте от эрадикации *H. pylori*-инфекции. Использование прокинетиков следует рассматривать только лишь как резервную линию лечения.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Agreus L., Talley N.J.* Dyspepsia management in general practice // *BMJ.*— 1997.— 315.— P. 1284—1288.
2. *Breslin N.P., Thomson A.B., Bailey R.J. et al.* Gastric cancer and other endoscopic diagnosis in patients with benign dyspepsia // *Gut.*— 2000.— 46.— P. 93—97.
3. British Society of Gastroenterology. Dyspepsia management guidelines. London: The Society; 1996. [cited 19 Apr 2002]. Available from url: [http://www.bsg.org.uk/clinical\\_prac/guidelines/dyspepsia.htm](http://www.bsg.org.uk/clinical_prac/guidelines/dyspepsia.htm).
4. *Bytzer P., Hansen J.M., Schaffalitzky de Muckadell O.B. et al.* Predicting endoscopic diagnosis in dyspeptic patients. The value of predictive score models // *Scand. J. Gastroenterol.*— 1997.— 32.— P. 118—125.
5. *Bytzer P., Talley N.J.* Dyspepsia // *Ann. Intern. Med.*— 2001.— 134.— P. 815—822.
6. *Chiba N., Van Zanten S.J., Sinclair P. et al.* Treating Helicobacter pylori infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment — Helicobacter pylori positive (CADET-Hp) randomised controlled trial // *BMJ.*— 2002.— 324.— P. 1012—6.
7. *Christie J., Shepherd N.A., Codling B.W., Valori R.M.* Gastric cancer below the age of 55.— P. implications for screening patients with uncomplicated dyspepsia // *Gut.*— 1997.— 41.— P. 513—517.
8. *Danesh J., Lawrence M., Murphy M. et al.* Systematic review of the epidemiological evidence on Helicobacter pylori infection and nonulcer or uninvestigated dyspepsia // *Arch. Intern. Med.*— 2000.— 160.— P. 1192—1198.
9. *Delaney B.C., Innes M.A., Deeks J. et al.* Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
10. *Delaney B.C., Wilson S., Roalfe A. et al.* Randomised controlled trial of Helicobacter pylori testing and endoscopy for dyspepsia in primary care // *BMJ.*— 2001.— 322.— P. 898—8901.
11. *Gillen D., McColl K.E.* Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? // *Am. J. Gastroenterol.*— 1999.— 94.— P. 75—79.
12. *Hansen J.M., Bytzer P., Schaffalitzky D., Muckadell O.B.* Management of dyspeptic patients in primary care. Value of the unaided clinical diagnosis and of dyspepsia subgrouping // *Scand. J. Gastroenterol.*— 1998.— 33.— P. 799—805.
13. *Heaney A., Collins J.S., Watson R.G. et al.* A prospective randomised trial of a «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.— P. 186—190.
14. *Laheij R.J., Severens J.L., Van de Lisdonk E.H. et al.* Randomized controlled trial of omeprazole or endoscopy in patients with persistent dyspepsia: a cost-effectiveness analysis // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 1998.— 12.— P. 1249—1256.
15. *Lassen A.T., Pedersen F.M., Bytzer P., Schaffalitzky de Muckadell O.B.* Helicobacter pylori test-and-eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: a randomised trial // *Lancet.*— 2000.— 356.— P. 455—460.
16. *Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al.* Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht 2-2000 Consensus Report, September, Rome, 2000 // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 2002.— 16.— P. 167—180.
17. *McColl K.E., Murray L.S., Gillen D. et al.* Randomised trial of endoscopy with testing for Helicobacter pylori compared with non-invasive H.pylori testing alone in the management of dyspepsia // *BMJ.*— 2002.— 324.— P. 999—1002.
18. *Qartero A., Numans M., Post M. et al.* One-year prognosis of primary care dyspepsia: Predictive value of symptom pattern, H.pylori and GP management // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.*— 2002.— 14.— P. 55—60.
19. *Ofman J.J., Rabeneck L.* The effectiveness of endoscopy in the management of dyspepsia: a qualitative systematic review // *Am. J. Med.*— 1999.— 106.— P. 335—346.
20. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Helicobacter pylori: eradication therapy in dyspeptic disease. Update. Edinburgh: SIGN; 1999. (SIGN publication N 7).
21. *Talley N.J., Silverstein M., Agreus L. et al.* AGA Technical review. Evaluation of dyspepsia // *Gastroenterology.*— 1998.— 114.— P. 582—595.
22. *Talley N.J., Vakil N.* Guidelines for the management of dyspepsia // *Am. J. Gastroenterol.*— 2005.— 100.— P. 2324—2337.
23. *Thomson A., Barkun A., Armstrong D. et al.* The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: The Canadian Adult Dyspepsia Empiric prompt endoscopy (CADET-PE) study // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 2003.— 17.— P. 1481—1491.
24. *Veldhuyzen van Zanten S., Flook N., Chiba N. et al.* An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of H. pylori // *CMAJ.*— 2000.— 162.— P. 3—23.

## СПЕКТР ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ДИСПЕПСІЇ І РЕКОМЕНДОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЇЇ ЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ

**В.Г. Передерій, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанич, Ю.Г. Кузенко**

У статті представлено власні дані про спектр гастроудоденальної патології в пацієнтів з диспепсією та різні стратегії її лікування. Зроблено висновок, що і ерадикація H. pylori-інфекції, і монотерапія ІПП, є ефективними стратегіями першої лінії у разі недослідженої диспепсії, проте перевагу слід надавати ерадикації H. pylori, оскільки це може запобігати появі й рецидиву пептичних виразок і некардіального раку шлунка. Використання прокінетиків слід розглядати тільки як резервну лінію лікування.

## SPECTRUM OF GASTRODUODENAL PATHOLOGY AT UNINVESTIGATED DYSPEPSIA AND RECOMMENDED APPROACHES TO ITS TREATMENT IN UKRAINE

**V.G. Perederiy, S.M. Tkach, B.N. Marusanich, Yu.G. Kuzenko**

The paper presents own data regarding spectrum of gastroduodenal pathology in patients with dyspepsia and efficiency of different strategies of its treatment. It has been concluded that both H. pylori eradication and PPI monotherapy are effective first-line treatments for patients with uninvestigated dyspepsia. However H. pylori eradication is more preferable strategy because of its ability to prevent onset and relapse of both peptic ulcer and non-cardiac gastric cancer. The use of prokinetic agents should be considered only as second and third-line treatment.