

С.М. Ткач, д. мед. н., професор, А.Е. Дорофєєв, д. мед. н., професор, І.М. Скрипник, д. мед. н., професор, Н.В. Харченко, член-кореспондент НАМН України, д. мед. н., професор, Ю.М. Степанов, д. мед. н., професор, Г.Д. Фадеєнко, д. мед. н., професор

Клінічні рекомендації Української гастроентерологічної асоціації із ведення пацієнтів з диспепсією

Диспепсія – це один з найбільш поширених симптомокомплексів, що зустрічаються у практиці внутрішньої медицини. Диспепсія є глобальною проблемою, проте її розповсюдженість суттєво відрізняється у різних регіонах. Систематичні огляди свідчать, що симптоми диспепсії в усьому світі мають близько 20% населення, у різних країнах вони є причиною 4-10% усіх звернень за медичною допомогою. Загалом захворюваність на диспепсію є вищою у західних популяціях порівняно зі східними. Диспепсія частіше зустрічається у жінок, курців, у осіб з *H. pylori* та пацієнтів, що приймають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Люди з диспепсією мають нормальну тривалість життя, проте симптоми цього захворювання негативно впливають на якість життя, що пов'язано з емоційним пригніченням, необхідністю придбання ліків та зниженням працездатності. Хоча більша частина пацієнтів з диспепсією за медичною допомогою не звертаються, їх ведення пов'язане з істотними економічними витратами, оскільки пацієнти з диспепсією використовують значно більше різних медичних ресурсів, ніж люди з іншою гастроентерологічною патологією. Таким чином, діагностика, лікування і тривале ведення пацієнтів з диспепсією є актуальною медичною проблемою в усьому світі, включаючи Україну.

Диспепсія не є специфічним синдромом і може зустрічатися при різній патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – як органічній, так і функціональній. Приблизно у 60-70% пацієнтів з диспепсією будь-яких структурних змін з боку гастродуоденальної ділянки при езофагогастроуденоскопії (ЕГДС) не виявляється і ці хворі вважаються такими, що страждають на функціональну диспепсію (ФД). ФД зустрічається приблизно у 7-12% усього населення розвинутих країн, причому значно частіше хворіють люди у молодому та середньому віці. Приблизно у 30-40% пацієнтів диспепсичні скарги зумовлені органічною патологією. В таких випадках мова йде про вторинну (органічну) диспепсію (ВД), основні причини якої наведені у таблиці 1.

Ці рекомендації по веденню пацієнтів з диспепсією запропоновані Українською гастроентерологічною асоціацією та засновані на даних, що є в електронних базах PubMed, NCBI, CochraneLibrary, Research-Gate, GoogleScholar, а також на рекомендаціях провідних міжнародних гастроентерологічних та інших асоціацій та товариств – AGA, CAG, ACG, NICE, UEG. При підготовці рекомендацій враховували тільки оригінальні (проспективні, рандомізовані, контрольовані та подвійні сліпі) дослідження, систематичні огляди та метааналізи. Для оцінки якості фактичних даних щодо фармакологічних методів лікування диспепсії застосована система GRADE, у якій виділяють високий, середній, низький та дуже низький рівні доказів. Високий рівень доказів свідчить про те, що подальші дослідження для зміни думки відносно ефективності втручання не потрібні. Середній (помірний) рівень доказів передбачає необхідність додаткових досліджень, а низький означає, що очікуються нові дослідження, які можуть змінити думку відносно ефективності втручання. Дуже низький рівень означає, що докази сумнівні або конфліктні, а співвідношення ризик/користь точно не встановлене. Усі рекомендації представлені з урахуванням їх сили: сильні передбачають суттєву перевагу метода/втручання над ризиком його застосування, у зв'язку з чим суворо рекомендовані; слабкі рекомендації баланують на грані співвідношення ризик/користь.

Таблиця 1. Потенційні причини диспепсії

ФД (60-70% усіх випадків)	
ВД (органічна) внаслідок структурних змін ШКТ (30-40% випадків)	<ul style="list-style-type: none"> • пептичні виразки; • гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ); • біліарна патологія; • панкреатит; • пухлини стравоходу, шлунка, печінки або підшлункової залози; • гастроотоксичні медикаменти (аспирин, НПЗП, стероїди, препарати заліза, калію, дігіталіс, теофілін та ін.); • змішані причини (цукровий діабет, гіпер- або гіпотиреоз, гіперпаратиреоз, електролітний дисбаланс (гіперкаліємія, гіперкальціємія), гастропарез або інтестинальна псевдообструкція, синдром мальабсорбції).

Визначення та види диспепсії

Твердження 1

Диспепсія – це будь-який серединний епігастральний біль, печіння, дискомфорт, відчуття переповнення після їди або раннього насичення, відрижка, печія, нудота, блювання, здуття в епігастрії, що вказують на залучення верхніх відділів ШКТ та наявні не менше 4 тижнів. Диспепсію слід трактувати подвійно – і як синдром (ВД), і як самостійну нозологічну форму (ФД).

Твердження 2

В якості попереднього діагнозу в необстеженого первинного пацієнта слід використовувати термін «необстежена диспепсія». Після відповідного клініко-анамнестичного, лабораторного та інструментального дообстеження всі пацієнти з симптомами диспепсії можуть бути поділені на дві основні групи – з ВД та ФД.

Твердження 3

ВД діагностується у пацієнтів з органічними, системними або метаболічними причинами диспепсичних симптомів, що можуть бути ідентифіковані при проведенні таких діагностичних процедур, як ЕГДС та ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП), а також шляхом лабораторної діагностики (таблиця 1). При відповідному лікуванні симптоми диспепсії зазвичай значно зменшуються або повністю зникають.

Твердження 4

Hp-асоційована диспепсія, згідно з Київським глобальним консенсусом, розглядається як підгрупа ВД, симптоми якої протягом 6-12 місяців зникають або значно зменшуються після ерадикації.

Твердження 5

ФД, яка є самостійною нозологічною формою, діагностується у пацієнтів з наявністю одного або більше симптомів: почуття переповнення після їди, швидке насичення, епігастральний біль або печіння, які неможливо пояснити стандартними клінічними обстеженнями – ЕГДС, УЗД ОЧП та лабораторними аналізами.

Етіологія та патофізіологія диспепсії

Твердження 6

Етіологія та патофізіологія ВД зумовлена супутнім захворюванням чи станом (таблиця 1). Етіологія ФД точно не відома. В якості ймовірних факторів ризику розвитку ФД розглядають зв'язок з перенесеними гострими гастроінтестинальними інфекціями (так звана постінфекційна ФД), інфекція *Hp*, алергія, генетична схильність (поліморфізм гена *GNB3*). В якості патофізіологічних факторів ФД розглядають дисмоторні розлади (сповільнення спорожнення та порушення акомодатії шлунка), вісцеральну гіперчутливість до розтягнення шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК), гіперчутливість ДПК до кислоти та ліпідів, низькоінтенсивне запалення та імунну активацію слизової оболонки, дуоденальну еозинофілію, психосоціальні розлади.



С.М. Ткач

А.Е. Дорофєєв



І.М. Скрипник

Н.В. Харченко



Ю.М. Степанов

Г.Д. Фадеєнко



Діагностика

Рекомендація 1

Пацієнтам старше 50 років з диспепсією або наявністю симптомів тривоги, так званих симптомів червоних прапорців (таблиця 2), для виключення неоплазії верхніх відділів ШКТ та іншої органічної патології рекомендоване обов'язкове проведення ЕГДС (умовна рекомендація, докази помірної якості).

Таблиця 2. Симптоми тривоги (симптоми червоних прапорців)

- Дисфагія, одиофагія
- Персистуюче блювання
- Зниження/відсутність апетиту
- Немотивоване зниження маси тіла
- Блідість шкірних покривів, ознаки залізодефіцитної анемії
- Утворення в епігастрії, що пальпується, лімфоаденопатія
- Підвищення температури тіла
- Зміни лабораторних показників (анемія, лейкоцитоз, підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) та ін.)
- Несприятливий сімейний анамнез щодо раку верхніх відділів ШКТ

Рекомендація 2

Пацієнтам молодше 50 років з диспепсією та відсутністю симптомів тривоги рекомендоване проведення неінвазивного тесту на *Hp* (¹³C-сечовинний дихальний тест або визначення фекального антигена *Hp*) та ерадикаційної терапії *Hp*-інфекції у разі позитивності, так звана стратегія test-and-treat (сильна рекомендація, докази високої якості).

Рекомендація 3

Діагностика ФД базується на основі Римських критеріїв IV, що рекомендують розглядати її як широке поняття (таблиця 3), яке описує пацієнтів з постпрандіальним дистрес-синдромом (ПДС), пацієнтів з епігастральним больовим синдромом (ЕБС), а також пацієнтів із перехресними симптомами ПДС та ЕБС – оверлеп-синдромом або поєднанням ЕБС та ПДС (сильна рекомендація, докази високої якості).

Рекомендація 4

Пацієнтам з ФД не рекомендується проводити рутинне дослідження шлункової моторики або шлункової секреції (умовна рекомендація, докази дуже низької якості).

Таблиця 3. Діагностичні критерії ФД та її субтипів (Римські критерії IV)

В1. ФД**Діагностичні критерії***

1. Один або більше:

- відчуття повноти шлунка після їди;
- швидке насичення;
- епігастральний біль;
- епігастральне печіння.

2. Відсутність даних про органічну патологію на підставі рутинного обстеження (враховуючи верхню ендоскопію), що могло б пояснити ці симптоми.

*Відповідність критеріям має бути протягом 3 або більше місяців з початком проявів не менше 6 місяців перед діагностикою.

В1а. ПДС**Діагностичні критерії***

Мають включати один або обидва симптоми, наведені нижче, щонайменше 3 дні на тиждень:

- відчуття повноти шлунка після їди (тобто вираженість симптому така, що впливає на звичайну діяльність);
- відчуття швидкого насичення (неможливо з'їсти звичайну порцію до кінця).

Немає доказів на підставі рутинного обстеження (враховуючи верхню ендоскопію) наявності органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б задовільно пояснити наявні диспепсичні симптоми.

*Відповідність критеріям має бути протягом 3 або більше місяців з початком проявів не менше 6 місяців перед діагностикою.

Зауваження

- Також можуть бути наявними епігастральний біль або печіння після їди, здуття в епігастрії, надмірна відрижка та нудота.
- Блювання може бути симптомом іншої патології.
- Печія не є диспепсичним симптомом, але часто може бути симптомом супутньої патології.
- Симптоми, прояви яких зменшуються після дефекації або відходження газів, не мають розглядатися як прояви диспепсії.

В1б. Епігастральний больовий синдром**Діагностичні критерії***

Мають включати один із наведених симптомів щонайменше 1 день на тиждень:

- епігастральний біль, інтенсивність якого знижує звичайну активність

та/або

- епігастральне печіння, інтенсивність якого знижує звичайну активність,

а також

- немає доказів на підставі рутинного обстеження (враховуючи верхню ендоскопію) наявності органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б пояснити ці симптоми.

*Відповідність критеріям має бути протягом 3 або більше місяців з початком проявів не менше 6 місяців перед діагностикою.

Зауваження

- Біль може бути викликаний прийомом їжі, зменшуватися після прийому їжі або натщесерце.
- Також можуть бути наявними здуття в епігастрії, відрижка та нудота.
- Повторюване блювання дає підставу припустити наявність іншої патології.
- Печія не є диспепсичним симптомом, але часто може бути симптомом супутнього захворювання.
- Наявний біль не відповідає критеріям біліарного болю.
- Симптоми, прояви яких зменшуються після дефекації або відходження газів із кишечника, не мають розглядатися як прояви диспепсії.
- Інші симптоми захворювань органів травлення (таких як GERX та синдром подразненого кишечника) можуть супроводжувати ЕБС.

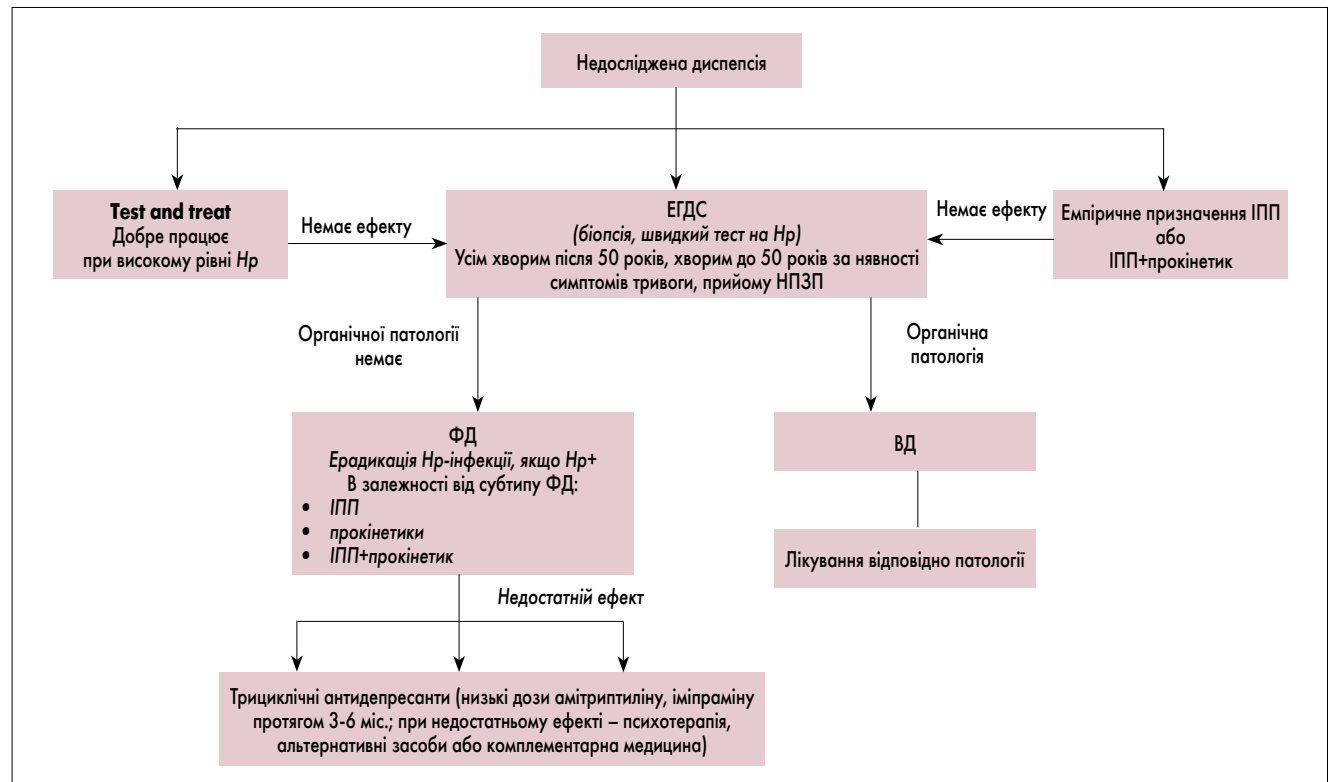


Рис. 1. Алгоритм ведення пацієнта з необстеженою диспепсією

Рекомендація 5

Спеціальне дослідження шлункової моторики рекомендується проводити тільки пацієнтам з ФД з високою підозрою на наявність гастропарезу (умовна рекомендація, докази дуже низької якості).

Ведення пацієнтів з диспепсією**Рекомендація 6**

Нр-негативним хворим на диспепсію молодше 50 років за відсутності симптомів тривоги або хворим, у яких залишаються симптоми після ерадикації, рекомендується емпірична терапія (таблиця 4) інгібіторами протонної помпи (ІПП) або призначення (рис. 1) комбінації ІПП+прокінетик (сильна рекомендація, докази високої якості).

В Україні комбінація ІПП+прокінетик (омепразол+домперидон) зареєстрована як препарати **Омес Д** (звичайна форма) та **Омес ДСР** (продовжена форма).

Рекомендація 7

У разі виникнення НПВП-індукованої диспепсії альтернативним препаратом є ребаміпід (умовна рекомендація, докази низької якості).

В Україні препарат ребаміпід зареєстрований під торговою назвою **Мукоген**.

Таблиця 4. ІПП у лікуванні диспепсії

Препарат	Доза для дорослих (перорально)
Омепразол	20-40 мг
Лансопразол	15-30 мг
Пантопразол	20-40 мг
Рабепразол	20 мг
Езомепразол	20-40 мг
Деклансопразол	30-60 мг

- Омепразол (**Омес** та ін.) розглядається як «золотий стандарт» серед ІПП.
- Зазвичай усі ІПП приймають 1 раз на добу за 30 хв до сніданку.
- При рефлюкс-езофагітах стадій В-D та ерадикації Нр-інфекції доза підвищується удвічі, при цьому першу дозу приймають за 30 хв до сніданку, другу – за 30 хв до вечері.

Рекомендація 8

Пацієнтам з диспепсією молодше 50 років за відсутності симптомів тривоги та відповіді на ерадикацію Нр, прийом ІПП, прокінетиків або їх комбінації рекомендується терапія низькими дозами трициклічних антидепресантів (ТЦА) (умовна рекомендація, докази дуже низької якості).

Продовження на стор. 34.

Таблиця 5. Схеми ерадикації Нр-інфекції в Україні

	Рекомендовані схеми	Альтернативні схеми
I лінія ерадикації	<ul style="list-style-type: none"> • Стандартна потрійна терапія: ІПП (стандартна доза) + кларитроміцин (500 мг) + амоксицилін (1000 мг) – усі препарати 2 рази на добу протягом 14 днів 	<ul style="list-style-type: none"> • Невісмутова супутня квадротерапія: амоксицилін (1000 мг) + кларитроміцин (500 мг) + тинідазол (500 мг) + абометронідазол (500 мг) + ІПП (стандартна доза) – усі препарати 2 рази на добу протягом 10-14 днів* • Квадротерапія на основі вісмуту: вісмуту субцитрат (субсаліцилат) 120 мг + тетрацикліну гідрохлорид (500 мг) 4 рази на добу + метронідазол (500 мг) або тинідазол (500 мг) 3 рази на добу + ІПП (стандартна доза) 2 рази на добу протягом 10-14 днів**
II лінія ерадикації	<ul style="list-style-type: none"> • Квадротерапія на основі вісмуту: вісмуту субцитрат (субсаліцилат) 120 мг + тетрацикліну гідрохлорид (500 мг) 4 рази на добу + метронідазол (500 мг) або тинідазол (500 мг) 3 рази на добу + ІПП (стандартна доза) 2 рази на добу протягом 10-14 днів*** 	<ul style="list-style-type: none"> • ІПП (стандартна доза) + левофлоксацин (500 мг) + амоксицилін (1000) мг – усі препарати 2 рази на добу протягом 10-14 днів
III лінія ерадикації	<ul style="list-style-type: none"> • Проводиться тільки з урахуванням встановленої чутливості Нр до антибіотиків 	

- Усі компоненти стандартної потрійної антихелікобактерної терапії (омепразол 20 мг, кларитроміцин 500 мг, амоксицилін 1000 мг) входять до складу комбінованого препарату **Пілобакт Нео** (призначають 3 таблетки 2 рази на добу протягом 14 днів)
- Високі дози ІПП (подвійні дози 2 рази на добу) та додавання пробіотиків (лактобактерій або *Saccharomyces boulardii*) підвищує ефективність ерадикації
- В Україні ІПП (омепразол) у подвійній дозі зареєстрований як препарат **Омес 40 мг**
- Контроль ерадикації Нр проводиться за допомогою неінвазивного тесту (¹³С-дихальний або фекальний антигенний тест) не раніше, ніж через 2 тижні після закінчення лікування

*Зазвичай призначається при попередньому застосуванні метронідазолу або кларитроміцину за іншими показаннями.

**Зазвичай призначається при відомій алергії на пеніциліни.

***Призначається, якщо не застосовувалася як I лінія лікування.

С.М. Ткач, д. мед. н., професор, А.Е. Дорофєєв, д. мед. н., професор, І.М. Скрипник, д. мед. н., професор, Н.В. Харченко, член-кореспондент НАМН України, д. мед. н., професор, Ю.М. Степанов, д. мед. н., професор, Г.Д. Фадєєнко, д. мед. н., професор

Клінічні рекомендації Української гастроентерологічної асоціації із ведення пацієнтів з диспепсією

Продовження. Початок на стор. 32.

Рекомендація 9
Нр-позитивним пацієнтам з ФД рекомендується ерадикаційна терапія із застосуванням високих доз ІПП (таблиця 5) згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу V (сильна рекомендація, докази високої якості).

Рекомендація 10
Нр-негативним хворим на ФД ЕБС або хворим, у яких залишаються симптоми після ерадикації Нр-інфекції, рекомендується терапія ІПП (таблиця 4) у стандартних дозах (сильна рекомендація, докази помірної якості).

Рекомендація 11
Нр-негативним пацієнтам з ФД ПДС рекомендується терапія прокінетиками (таблиця 6) з доведеною ефективністю (умовна рекомендація, докази низької якості).

Рекомендація 12
Нр-негативним пацієнтам з поєднанням ФД ПДС та ФД ЕБС (оверлеп-синдром) рекомендується комбінований прийом ІПП та прокінетика (умовна рекомендація, докази низької якості).

Рекомендація 13
Пацієнтам з ФД, що не відповідають на лікування ІПП, прокінетиками, комбінацією ІПП+прокінетик або ерадикацію Нр-інфекції, рекомендується призначити низькі дози ТЦА (амітриптилін, іміпрамін) (умовна рекомендація, докази помірної якості).

Рекомендація 14
Пацієнтам з ФД не рекомендується рутинне застосування альтернативних препаратів або комплементарної медицини (умовна рекомендація, докази низької якості).

Рекомендація 15
Пацієнтам з ФД, що не відповіли на лікування ІПП, прокінетиками, комбінацією ІПП+прокінетик, ТЦА, ерадикацію Нр-інфекції, можна розглядати терапію (таблиця 7) альтернативними препаратами резерву (слабка рекомендація, докази дуже низької якості).

Рекомендація 16
Пацієнтам з ФД, що не відповіли на будь-яке медикаментозне лікування, рекомендована консультація психотерапевта та проведення психотерапевтичного лікування (умовна рекомендація, докази дуже низької якості, рис. 2).

В Україні комбінація ІПП+прокінетик (омепразол+домперидон) зареєстрована як препарати Оmez Д (звичайна форма) та Оmez ДСР (продовжена форма).



Рис. 2. Покроковий алгоритм ведення пацієнтів з ФД

Література

- Camillieri M, Stanghellini V. Current management strategies and emerging treatments for functional dyspepsia. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. – 2013; 10: 187-194.
- Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. Gastroenterology, 2016. – Vol. 150. – № 6. – P. 1262-1279.
- Ford A.C., Marwaha A., Sood R., Moayyedi P. Global prevalence of and risk factors for uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. Gut 2015; 64: 1049.
- Gisbert J.P., Calvet X. Helicobacter pylori test-and-treat strategy for management of dyspepsia: a comprehensive review. Clin Transl Gastroenterol, 2013; 4: e32.
- Jaafar M., Safi S., Tan Met et al. Efficacy of Rebamipide in Organic and Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Digestive Diseases and Sciences. <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4871-9>.
- Koretz R.L., Rotblatt M. Complementary and alternative medicine in gastroenterology: the good, the bad and the ugly. Clin Gastroenterol Hepatol, 2004; 2: 957.
- Lacy B.E., Talley N.J., Locke G.R. 3rd et al. Review article: current treatment options and management of functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther, 2012; 36: 3.
- Lan L., Zeng F., Liu G.J. et al. Acupuncture for functional dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev, 2014; CD008487.
- Malferriner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Gut. 2017 Jan; 66(1): 6-30.
- Mazzoleni L.E., Sander G.B., Francesconi C.F. et al. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. Arch Intern Med 2011; 171: 1929.
- Moayyedi P.M., Lacy B.E., Andrews C.N. et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2017; 112: 988.
- Moayyedi P. Helicobacter pylori eradication for functional dyspepsia: what are we treating? comment on «Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia». Arch Intern Med 2011; 171: 1936.
- Palsson O.S., Van Tiburg M.A., Spieck B.M. et al. Uninvestigated dyspepsia in the US general population results from the Rome Normative Gastrointestinal Symptoms Survey. Gastroenterology 2014; 146: S179.
- Pike B.L., Porter C.K., Sorrell T.J., Riddle M.S. Acute gastroenteritis and the risk of functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol, 2013; 108: 1558.
- Quigley E.M., Lacy B.E. Overlap of functional dyspepsia and GERD—diagnostic and treatment implications. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2013; 10: 175.
- Stanghellini V., Chan F.K., Hasler W.L. et al. Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380.
- Sugano K., Tack J., Kuipers E.J. et al. Kyoto global consensus report on management of Helicobacter pylori gastritis. Gut, 2015; 64: 1353-1367.
- Tack J., Janssen P., Masaoka T. et al. Efficacy of buspirone, a fundus-relaxing drug, in patients with functional dyspepsia. Clin Gastroenterol Hepatol, 2012; 10: 1239.
- Tack J., Ly H.G., Carbone F. et al. Efficacy of Mirtazapine in Patients With Functional Dyspepsia and Weight Loss. Clin Gastroenterol Hepatol, 2016; 14: 385.
- Talley N.J., Ford A.C. Functional Dyspepsia. N Engl J Med, 2015; 373: 1853.
- Talley N.J. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association position statement: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology, 2005; 129: 1753.
- Talley N.J., Locke G.R., Saito Y.A. et al. Effect of Amitriptyline and Escitalopram on Functional Dyspepsia: A Multicenter, Randomized Controlled Study. Gastroenterology 2015; 149: 340.
- Vanheel H., Carbone F., Valckens L. et al. Pathophysiological Abnormalities in Functional Dyspepsia Subgroups According to the Rome III Criteria. Am J Gastroenterol, 2017; 112: 132.
- Wang W.H., Huang J.Q., Zheng G.F. et al. Effects of proton-pump inhibitors on functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007; 5: 178.
- Wu J.C., Cheong P.K., Chan Y.C. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of low dose imipramine for treatment of refractory functional dyspepsia (FD) (abstract #216). Gastroenterology, 2011; 140: S50.
- Yang J., Chang S., Gwang H. et al. Prokinetics for the treatment of functional dyspepsia: Bayesian network meta-analysis. BMC Gastroenterology, 2017; 17: 83 DOI 10.1186/s12876-017-0639-0.
- Zhao B., Zhao J., Cheng W.F. et al. Efficacy of Helicobacter pylori eradication therapy on functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized controlled studies with 12-month follow-up. J Clin Gastroenterol, 2014; 48: 241-247.

Таблиця 6. Прокінетиками з доведеною ефективністю при лікуванні ФД

Препарат	Кількість доказових досліджень	Ефект/сумарна кількість пацієнтів	SUCRA*	Ймовірність ефекту, %
Метоклопрамід	1	50/68	0,925	92,5
Тримебутін**	1	18/27	0,745	74,5
Мозаприд	5	244/335	0,633	63,3
Домперидон	13	571/773	0,629	62,9
Ітоприд***	9	576/955	0,324	32,4
Акотіамід	5	379/713	0,243	24,3
Плацебо	18	603/1602	0,002	0,2

*SUCRA – поверхня під кривою сукупного ранжування. Більш високе значення SUCRA вказує на кращі терапевтичні результати на основі непрямого порівняння.

Тримебутін в Україні зареєстрований під торговою назвою **Тримспа.

***Ітоприд (в Україні зареєстрований під торговою назвою **Мотоприд**) розглядається як препарат вибору при поєднанні ФД ПДС та синдрому подразненого кишечника з запором.

Таблиця 7. Лікування різних субтипів ФД в залежності від інфікування Нр

	ФД ЕБС	ФД ПДС	Оверлеп-синдром (ЕБС + ПДС)
Нр+	<ul style="list-style-type: none"> Ерадикація Нр ІПП ТЦА (низькі дози) ІПП+прокінетика Психотерапія Альтернативні засоби* 	<ul style="list-style-type: none"> Ерадикація Нр Прокінетиками або ІПП+прокінетиками ТЦА (низькі дози) Психотерапія Альтернативні засоби* 	<ul style="list-style-type: none"> Ерадикація Нр ІПП+прокінетиками ТЦА (низькі дози) Психотерапія Альтернативні засоби*
Нр-	<ul style="list-style-type: none"> ІПП ТЦА (низькі дози) ІПП+прокінетиками Психотерапія Альтернативні засоби* Фітотерапія 	<ul style="list-style-type: none"> Прокінетиками або ІПП+прокінетиками ТЦА (низькі дози) Психотерапія Альтернативні засоби* Фітотерапія 	<ul style="list-style-type: none"> ІПП+прокінетиками ТЦА (низькі дози) Психотерапія Альтернативні засоби* Фітотерапія

*Альтернативні засоби – ребаміпід (**Мукоген**), буспірон, прегабалін, монтелукаст, Н₁-гістаміноблокатори, гомеопатичні засоби.

МУКОГЕН

MUCOGEN

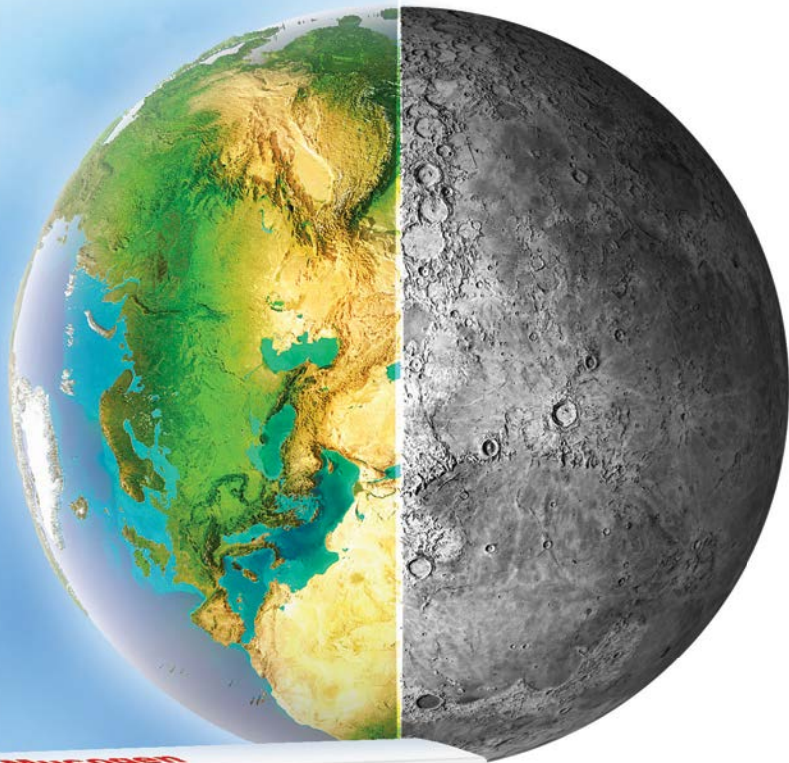
Ребаміпід
100 мг

МУКОГЕН – УНІКАЛЬНИЙ ЦИТОПРОТЕКТОР, ЕФЕКТИВНО ПРАЦЮЮЧИЙ НА ВСЬОМУ ПРОТЯЗІ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Склад: Діюча речовина: rebamipide; 1 таблетка містить ребаміпід 100 мг; **Фармакотерапевтична група.** Засоби для лікування кислото залежних захворювань. Код АТС А02Х. **Клінічні характеристики. Показання.** У складі комплексного лікування хронічного гастриту з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунку у стадії загострення, ерозивного гастриту, функціональної диспепсії. Попередження виникнення ушкоджень слизової оболонки на тлі прийому нестероїдних протизапальних засобів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до ребаміпід або будь-якого іншого компоненту препарату. Злоякісні захворювання шлунку. **Спосіб застосування і дози.** Таблетки вживати внутрішньо, запивати невеликою кількістю рідини, по 1 таблетці (100 мг) 3 рази на добу. Курс лікування: 2–4 тижні, у разі необхідності може бути продовжений до 8 тижнів. **Побічні реакції.** З боку крові і лімфатичної системи: лейкопенія, тромбоцитопенія, гранулоцитопенія. З боку гепатобіліарної системи: порушення функції печінки, жовтяниця, підвищення рівня печінкових ферментів (АЛТ, АСТ, ЛФ, гаммаглутамілтрансфераза). З боку шкіри та підшкірної клітковини: шкірні висипання, кропив'янка, екземоподібне висипання на шкірі, свербіж, набряки. Протипоказаний у період вагітності та годування груддю, а також дітям, оскільки не проводилися дослідження. **Фармакологічні властивості.** Ребаміпід підвищує ендогенний вміст простагландинів E2 та I2 (PGE2 і PGI2), які містяться в шлунковому соку, а також підвищує рівень простагландину E2 (PGE2) в слизовій оболонці шлунка, що сприяє її захисту від ушкоджуючих факторів. Ребаміпід надає цитопротекторний ефект, доведений у дослідженнях *in vitro*, покращує кровопостачання слизової шлунка і стимулює проліферацію клітин. **Категорія відпуску.** За рецептом. Інформація представлена в скороченому вигляді. З повною інформацією про препарат можливо ознайомитись в інструкції для медичного застосування препарату.

Р. С. МОЗ України №УА/5547/01/01 Наказ № 1635 від 07.09.2018 р.
Виробник: Маклеодс Фармасьютикалз Лімітед.

MACLEODS



Тримспа 200

Trimebutine maleate

УНІВЕРСАЛЬНИЙ РЕГУЛЯТОР МОТОРИКИ

- Потужний спазмолітик
- Вісцеральний анальгетик
- Прокінетик

Витяг з інструкції для медичного застосування лікарського засобу Тримспа 200 (Trimspra 200)

Склад: Діюча речовина: trimebutine maleate; 1 таблетка містить тримебутину 200 мг; **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, які застосовуються при функціональних розладах шлунково-кишкового тракту. Код АТС А03А А05. **Показання.** Синдром подразненого кишечника; функціональні розлади травного тракту, що супроводжуються болями в животі, спазмами, відчуттям переповнення, метеоризмом, запором або діареєю. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до тримебутину або до інших компонентів препарату. Періоди вагітності та годування дитини грудним молоком. **Побічні реакції.** З боку травного тракту: сухість у роті, порушення смаку, діарея, диспепсія, біль у шлунку, нудота, запор. З боку нервової системи: сонливість, втомлюваність, запаморочення, неспокій, головний біль, відчуття холоду/тепла, погіршення слуху. З боку імунної системи: алергічні реакції, включаючи шкірні висипання. Репродуктивні розлади: порушення менструального циклу, болісне збільшення грудей. З боку нирок та сечовивідних шляхів: затримка сечі. **Спосіб застосування та дози.** Таблетки приймати внутрішньо, запивати склянкою кип'яченої води. Для дорослих разова доза становить 200 мг (1 таблетку); добова доза — 600 мг (3 таблетки). Зазвичай курс лікування становить 2-6 тижнів залежно від ступеня тяжкості захворювання. Діти. Досвід застосування препарату дітям обмежений, тому не слід призначати його цій категорії пацієнтів. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник:** Маклеодс Фармасьютикалз Лімітед.

Інформація призначена для спеціалістів у сфері охорони здоров'я для поширення на семінарах, конференціях та симпозиумах, присвячених медичній тематиці. Інструкції до препаратів наведено скорочено. За додатковою інформацією звертайтеся до Представництва компанії.

MACLEODS

