



DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-162-2-165-172

Клинические примеры к дорожной карте по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии

Долгалёв И. В.¹, Дроздов В. Н.²

¹ ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск, 634050, Россия

² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Clinical examples to the algorithm on management of primary patients with symptoms of dyspepsia

I. V. Dolgalev¹, V. N. Drozdov²

¹ Siberian State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia, Tomsk 634050, Russia

² Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia

Для цитирования: Долгалёв И. В., Дроздов В. Н. Клинические примеры к дорожной карте по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;162(2): 165–172. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-162-2-165-172

For citation: Dolgalev I. V., Drozdov V. N. Clinical examples to the algorithm on management of primary patients with symptoms of dyspepsia. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;162(2): 165–172. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-162-2-165-172

Долгалёв Игорь Владимирович, заведующий кафедрой факультетской терапии с курсом клинической фармакологии, д.м.н.
Дроздов Владимир Николаевич, д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней

Igor V. Dolgalev, Head of the Department of faculty therapy with a course of clinical pharmacology, MD; ORCID: 0000-0003-2658-0181

Vladimir N. Drozdov, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of clinical pharmacology and propaedeutics of internal diseases of the Faculty of General Medicine

✉ **Corresponding author:**

Долгалев Игорь Владимирович
Igor V. Dolgalev
Elena.Kruglova@drreddys.com
ORCID: 0000-0003-2658-0181

Резюме

Цель. На клинических примерах продемонстрировать терапевту и врачу общей практики возможности использования дорожной карты ведения первичных пациентов с симптомами диспепсии на этапе амбулаторно-поликлинической помощи.

Основные положения. Представлены клинические случаи пациентов с установленными диагнозами Функциональной диспепсии (ФД); Диспепсии, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*; Неэрозивной рефлюксной болезни; Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) I степени с ночными кислотными прорывами в сочетании с функциональной диспепсией. В комментариях рассмотрены вопросы обоснования предварительного и окончательного диагнозов, подходы дифференциальной диагностики заболеваний с использованием дорожной карты по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии. Представлены и обоснованы основные методы диагностики заболеваний и расстройств с диспепсическими проявлениями. Показано, что до получения результатов эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) следует выставлять предварительный диагноз Диспепсия неуточнённая «К 31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточнённая». После исключения органической причины диспепсии лечение проводится с применением ингибиторов протонной помпы (омепразол или рабепразол 20 мг/сут) в комбинации с прокинетику (домперидон 30 мг/сут). Рационально использование фиксированной комбинации омепразола 20 мг с домперидоном модифицированного высвобождения 30 мг/сут (Омез® ДСР).

Заключение. Соблюдение алгоритма ведения первичных пациентов с симптомами диспепсии в широкой клинической практике позволит избежать ошибок в постановке диагноза, назначении необоснованных исследований, нерационального лечения, что будет способствовать улучшению качества жизни и прогноза пациентов с диспепсическими расстройствами.

Ключевые слова: рекомендации, диспепсия, дорожная карта, тактика ведения пациента, ингибитор протонной помпы, прокинетики, амбулаторно-поликлиническая помощь

Summary

The aim. On clinical examples to demonstrate to the Therapist and General practitioner the possibility of using the road-map of management of primary patients with symptoms of dyspepsia at the stage of outpatient care.

Fundamentals. Clinical cases of patients with established diagnoses of Functional dyspepsia; Dyspepsia associated with *Helicobacter pylori* infection; Nonerosive reflux disease; Gastroesophageal reflux disease of I degree with nocturnal acid breakthroughs in combination with functional dyspepsia are presented. The questions of substantiation of preliminary and final diagnoses, approaches of differential diagnosis of diseases using the road-map are considered in the comments. The main methods of diagnosis of diseases and disorders with symptoms of dyspepsia are presented and justified. It is shown that prior to obtaining the results of esophagogastroduodenoscopy, a preliminary diagnosis Uninvestigated Dyspepsia "K 31.9 Disease of stomach and duodenum, unspecified" should be made. After elimination of the organic cause of dyspepsia, treatment is carried out using proton pump inhibitors (omeprazole or rabeprazole 20 mg/day) in combination with a prokinetic (domperidone 30 mg/day). Rational use of a fixed combination of omeprazole 20 mg with modified release domperidone 30 mg / day (Omez®DSR).

Conclusion. Compliance with the algorithm of management of primary patients with symptoms of dyspepsia in a wide clinical practice will avoid errors in the diagnosis, the appointment of unreasonable research, irrational treatment, which will improve the quality of life and prognosis of patients with dyspeptic disorders.

Key words: recommendations, dyspepsia, road-map, tactic of the treatment, proton pump inhibitors, prokinetic, outpatient care.

Keywords: recommendations, algorithm, dyspepsia, patient management tactics, proton pump inhibitor, prokinetics, primary care

До настоящего времени в формулировках диагнозов врачей терапевтов, врачей общей практики (ВОП) и гастроэнтерологов необоснованно часто указывается хронический гастрит (ХГ). Во многих таких случаях обоснованием являются только жалобы пациентов диспепсического характера. В связи с этим важно помнить, что ХГ это морфологический диагноз и то, что его течение бессимптомно, а жалобы, предъявляемые больными, часто обусловлены проявлениями диспепсии [1]. Диспепсия это клинический симптомокомплекс, в патогенезе которого основную роль играют избыточная секреция соляной кислоты и нарушения двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Согласно

современному определению, диспепсия – это один или несколько симптомов в различных сочетаниях: боли и чувство жжения в эпигастрии; чувство переполнения в эпигастрии после еды, раннее насыщение; возможны тошнота, отрыжка [1].

Разграничение понятий ХГ и диспепсии важно и потому что ХГ это потенциально предраковое заболевание, требующее диспансерного учёта и наблюдения.

Представляем несколько клинических случаев с комментариями, которые помогут практическому врачу в использовании диагностики и лечения диспепсии на этапе амбулаторно-поликлинической помощи [1].

Клинический случай 1. Женщина 32 лет

Жалобы:

- чувство тяжести в эпигастрии и раннее насыщение после еды,
- отрыжка воздухом,
- тошнота при приеме обычного объема пищи

Анамнез болезни: Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 9 месяцев. По этому поводу к врачам не обращалась. Связывает появление симптомов с выраженными психо-эмоциональными переживаниями в связи с семейными конфликтами и частыми стрессами на работе.

Из анамнеза жизни: Росла и развивалась нормально. Какие-либо хронические заболевания ранее не выявлялись. Работает журналистом газеты (переживает частые стрессы). Не замужем, разведена, воспитывает сына (7 лет).

Проживает в благоустроенном жилье, за которое выплачивает ипотечный кредит. Курит с 20 лет по 10 сигарет в сутки. Алкоголем не злоупотребляет.

Предварительный диагноз: Диспепсия неуточнённая «K 31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточнённая».

Обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, электрокардиография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭГДС, определение антител класса IgG к *Helicobacter pylori* (HP) в крови (ранее эрадикационную терапию не проводили) [2], УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа).

Лечение: щадящая диета, прекращение курения. Омез ДСР по 1 капсуле 1 раз в день на период обследования.

Комментарии

Предварительный диагноз «Диспепсия неуточненная» установлен на основании предъявленных пациенткой жалоб диспепсического характера и отсутствия в анамнезе указаний, на перенесённые ранее какие-либо заболевания, которые могли бы сопровождаться этой симптоматикой. Врачом назначены обследования в соответствии с современными рекомендациями по ведению первичных пациентов с диспепсией [1]. При анализе жалоб и изучения анамнеза у пациентки не обнаружено «тревожных признаков», которые указывали бы на возможные онкологические заболевания, поэтому на период обследования следует назначить лекарственные средства эффективные в отношении симптомов диспепсии. Согласно рекомендациям [1] и приказу Минздрава РФ № 248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией» [3] это ИПП (омепразол, рабепразол) и прокинетики (домперидон). Назначен Омез ДСР (препарат фиксированной комбинации омепразола 20 мг и домперидона модифицированного высвобождения 30 мг) по 1 капсуле 1 раз в день. Использование этого лекарственного средства позволит решить сразу несколько важных вопросов: эффективность и безопасность лечения, а также приверженность пациентки к назначенной терапии [4].

Клинический случай 2. Женщина 26 лет

Жалобы:

Выраженные боли в верхней части живота и тошноту возникающие вскоре после приёма пищи,

Анамнез болезни: Эпигастральные боли беспокоят в течение 1,5 лет, их появление пациентка связывает с употреблением острой и кислой пищи, цитрусовых. По этому поводу обращалась к врачу, назначена и выполнена ЭГДС при которой макроскопических изменений слизистой оболочки (СО) желудка и двенадцатиперстной кишки не выявлено. Рекомендованное обследование в отношении *Helicobacter pylori* больная не провела. Самостоятельно принимала Омепразол по 1 капсуле 2 раза в день, что принесло облегчение, боли значительно уменьшились. В течение последнего месяца наблюдает усиление, и учащение болей, сопровождающихся ощущением тошноты, по этому поводу вернулась к приёму омепразола.

Результаты обследования: ЭГДС – без патологических изменений. Серологический тест не обнаружил инфицированности HP. Другие рутинные исследования так же отклонений не выявили.

Диагноз: Функциональная диспепсия «К 30 Функциональная диспепсия».

Рекомендовано: консультация психотерапевта

Лечение: питание частое (до 6 раз в день), дробное небольшими порциями с ограничением жирной, жареной, острой пищи, кофе. Прекращение курения.

Продолжить приём Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз в день, до 4-х недель от начала лечения.

Проведённое обследование не выявило, каких-либо изменений, в том числе на слизистой оболочке пищевода, желудка, ДПК; так же тест в отношении HP дал отрицательный результат. Таким образом, можно заключить, что диспепсия носит функциональный характер – диагноз: К 30 Функциональная диспепсия (см. рисунок 1).

Очевидно, что одной из важных предпосылок развития функциональных расстройств явились частые и затяжные психо-эмоциональные переживания, вызванные нерешенными проблемами в семье и стрессами, связанными с профессиональной деятельностью. В связи с этим пациентке показана консультация врача-психотерапевта и продолжение лечения с его участием. Ещё одним важным фактором риска (ФР) формирования ФД является курение, которое двукратно повышает вероятность развития нарушений двигательной функции желудка. Отказ от курения представляется действенной мерой в лечении больных ФД [5]. Пациентке рекомендовано прекращение курения.

Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению функциональной диспепсии [5], больной предложено частое (до 6 раз в день), дробное питание небольшими порциями с ограничением жирной, жареной и острой пищи, а также кофе; **Фармакотерапия** Продолжение приёма Омеза ДСР по 1 капсуле 1 р/день, до 4-х недель от начала лечения [1, 4].

Из анамнеза жизни: росла и развивалась нормально. Какие-либо хронические заболевания ранее не выявлялись. Питание регулярное, трёхразовое, полноценное. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Предварительный диагноз: Диспепсия неуточнённая «К 31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточнённая».

Обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, электрокардиография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭГДС, определение антител к HP в крови методом ИФА, УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа).

Лечение: Омез ДСР по 1 капсуле 1 раз в день (на период обследования)

Результаты обследования: ЭГДС – без макроскопических патологических изменений. В крови

выявлен повышенный титр антител к *HP*. Другие рутинные исследования отклонений не выявили.

Диагноз: Диспепсия, ассоциированная с инфекцией *Helicobacter pylori* «B98.0 *Helicobacter pylori* в качестве причины болезней, классифицированных в других рубриках».

Лечение: питание частое (5–6 раз в день), дробное небольшими порциями с ограничением жирной, острой, кислой пищи, кофе.

Фармакотерапия: Отмена Омеза ДСР.

Назначена эрадикационная терапия в отношении *HP*. Рабепразол (Разо[®]) 0,02 по 1 таблетке 2 раза в день, 14 дней;

Висмута трикалия дицитрат 0,12 по 2 табл. 2 раза в день, 14 дней;

Комментарии

Предварительный диагноз «Диспепсия неуточненная» установлен на основании предъявленных пациенткой жалоб диспепсического характера и сведений из анамнеза о том, что за год до обращения при схожих клинических проявлениях методом ЭГДС не обнаружено изменений СО пищевода, желудка, ДПК.

План обследования соответствует современным рекомендациям по ведению первичных пациентов с диспепсией [1]. В этом клиническом случае в качестве метода обнаружения *HP* выбран серологический тест определения антител IgG к *HP*. Пациентка за несколько дней до обращения самостоятельно начала принимать омепразол, что сделало бы не информативными результаты исследований методом быстрого уреазного теста с биоптатом СО, дыхательного уреазного теста, определения антигена *HP* в кале [2].

На период обследования назначен Омез ДСР (препарат фиксированной комбинации омепразола 20 мг и домперидона модифицированного высвобождения 30 мг) по 1 капсуле 1 раз в день [4].

Рутинные исследования не зарегистрировали отклонений от показателей нормы. При ЭГДС изменений СО не обнаружено; но в крови выявлен повышенный титр антител к *HP*. Согласно заключению Киотского консенсуса, *HP*-ассоциированная диспепсия является отдельной нозологической формой [6]. Это положение закреплено и российскими рекомендациями по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии [1].

Диагноз: Диспепсия, ассоциированная с инфекцией *Helicobacter pylori*.

Лечение: Для части пациентов с *HP*-ассоциированной диспепсией инфекция *Helicobacter pylori* является причинным фактором клинических проявлений [6,7]. Ранее проведённые исследования показали, что ЭТ у некоторых больных с *HP*-ассоциированной диспепсией приводит к стойкому снижению симптоматики [7,8,9]. В настоящее

Клинический случай 3. Женщина 30 лет.

Жалобы:

Ощущение давления, тяжести в подложечной области, возникающее через 15–20 минут после жирной, жареной, острой пищи; кислых соков, алкоголя, кофе. Тошноту, отрыжку воздухом, нарушение сна

Кларитромицин 0,5 по 1 табл. 2 раза в день, 14 дней;

Амоксициллин 0,5 по 1 табл. 2 раза в день, 14 дней.

Лечение пациентка перенесла хорошо, побочных эффектов от проведённой терапии не отмечено. Вместе с тем, болевые явления в эпигастрии и тошнота сохранились и врачом рекомендовано продолжить приём Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз в день до 4 недель. В течение этого периода все вышеуказанные симптомы прошли.

Через 2 недели после отмены Омеза ДСР выполнен 13С- уреазный дыхательный тест, который не выявил инфицированности *HP*. Таким образом, эрадикационная терапия проведена успешно.

время ЭТ рассматривается как единственно верная тактика лечения, при которой возможно полное излечение, что позволяет определить эрадикацию как терапию первой линии. Важным аспектом является и то, что ЭТ позволяет исключить из группы больных диспепсией ассоциированной с *HP* случаи ФД [1,6] (см. рисунок 1).

Для ЭТ нашей пациентки выбрана схема первой линии – 14 дневная висмутсодержащая квадротерапия, продемонстрировавшая высокую терапевтическую эффективность, в том числе и в регионах с высокой резистентностью к кларитромицину и метронидазолу [7].

В качестве ИПП назначен Рабепразол 20 мг 2 раза в день, этот выбор соответствует рекомендациям консенсуса Маастрихт V по лечению *HP*-инфекции, согласно которому использование высоких доз ИПП дважды в день повышает эффективность ЭТ. Рабепразол и эзомепразол могут быть предпочтительны в Европе и Северной Америке, где выявлена высокая распространенность быстрых метаболитов ИПП [7].

У части пациентов с Диспепсией ассоциированной с *HP* симптоматика заболевания полностью не проходит ко времени завершения ЭТ [8,9]. У нашей пациентки так же к моменту окончания антихеликобактерного лечения явления диспепсии сохранялись и с целью их купирования назначен комбинированный препарат Омез ДСР, надёжно контролирующей кислотопродукцию и одновременно регулирующий моторную функцию желудка [1, 4, 10]. На фоне проводимой терапии все вышеуказанные жалобы прошли.

Таким образом, успешно проведённая эрадикационная терапия и купирование симптомов диспепсии в период до 6 месяцев подтверждают правильность диагноза – Диспепсия, ассоциированная с инфекцией *Helicobacter pylori* [1,6,7] (см. рисунок 1).

Анамнез болезни: Тошнота и отрыжка воздухом после жирной, жареной пищи беспокоят в течение трёх лет. Но так как пищевые причины ухудшения состояния были известны, пациентка старалась соблюдать диету и к врачам по этому поводу не обращалась. В течение последних двух недель, после

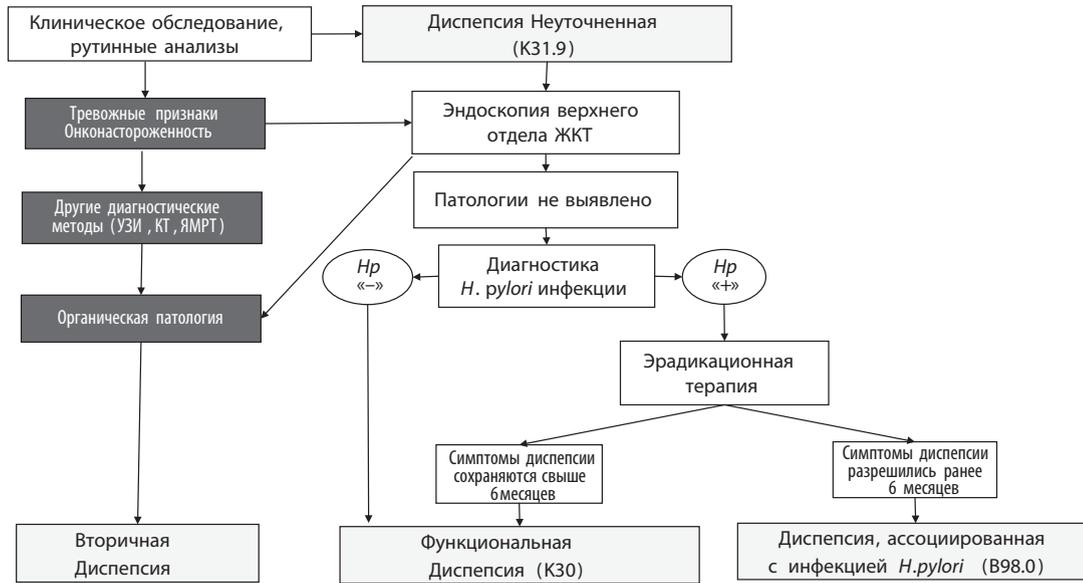


Рисунок 1
Дорожная карта по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии на этапе амбулаторно-поликлинической помощи:

Figure 1.
The algorithm on management of primary patients with symptoms of dyspepsia at the stage of outpatient care:

возвращения из командировки, обратила внимание на появившееся ощущение давления в эпигастрии, усиление тошноты и учащение отрыжки воздухом, ухудшился сон (долго не может заснуть).

Из анамнеза жизни: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает в крупной компании маркетологом, к исполнению обязанностей всегда подходит с повышенной ответственностью и считает свою профессиональную деятельность источником частых стрессов. Не замужем. Питание не регулярное.

Рост – 160 см, вес – 55 кг (индекс массы тела – 21,5 кг/м²).

При физикальном обследовании изменений со стороны органов и систем не обнаружено.

Предварительный диагноз: Диспепсия неуточненная «К 31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточненная».

Обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, определение антител класса IgG к *HP* в крови методом ИФА, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь,

поджелудочная железа), 24-часовая рН-метрия пищевода и желудка, электрокардиография.

Лечение: Диета. Омез ДСР по 1 капсуле 1 раз в день (на период обследования). Результаты обследования: ЭГДС – изменений СО пищевода, желудка, ДПК не выявлено. Исследование крови методом ИФА в отношении *HP* дали отрицательный результат. Другие рутинные исследования изменений не выявили.

Дополнительно проведена 24-х часовая рН-метрия пищевода.

Суточная рН-метрия пищевода выявила эпизоды рефлюксов более 50 в сутки, при этом продолжительность периодов с внутрипищеводным рН < 4,0 составила 3 часа.

Диагноз: Неэрозивная рефлюксная болезнь «K21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита».

Лечение: щадящая диета, питание дробное и частое (5–6 раз в сутки).

Фармакотерапия: Продолжить приём Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз в день (4 недели).

Комментарии

Предварительный диагноз «Диспепсия неуточненная» установлен на основании симптомов диспепсического характера и отсутствия в анамнезе сведений о проведенных исследованиях, которые могли бы указать на конкретную симптоматику. В этом клиническом случае жалобы, предъявленные пациенткой, могут быть следствием большого круга заболеваний и функциональных расстройств, в том числе гастроэзофагеальных рефлюксов. В виду этого, наряду с обязательными рутинными клиническими исследованиями, ЭГДС, тест на *HP*, дополнительно указана к выполнению суточная рН-метрия пищевода. На период обследования, согласно клиническим рекомендациям, назначен Омез ДСР [1]. При проведении ЭГДС и других обязательных лабораторно-инструментальных исследований изменений не обнаружено, так же не установлен факт инфицированности *HP*. Однако при суточной

рН-метрии пищевода зарегистрированы частые гастроэзофагеальные рефлюксы с длительными периодами низкой рН. Таким образом, установлен диагноз: Неэрозивная рефлюксная болезнь

В этом клиническом случае предрасполагающими факторами к развитию рефлюксной болезни могли стать несоблюдение режима питания, частые психоэмоциональные стрессы, тревожность пациентки. Особенностью клинических проявлений заболевания у нашей больной явилось отсутствие классических признаков гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и преобладание симптомов свойственных диспепсии. Представленное наблюдение согласуется с результатами изучения клинических особенностей течения ГЭРБ в сочетании с ФД и СРК у 60 пациентов жителей Хабаровска, в котором обнаружено отсутствие классических симптомов ГЭРБ почти в половине случаев и частым сочетанием

с функциональными симптомами – отрыжкой воздухом, тошнотой, нарушением сна, головной болью, высокой частотой неэрозивной формы ГЭРБ [11]. По данным исследования проведённом в популяции Японии перекрёст между симптоматикой ГЭРБ и функциональной диспепсии достигает 30–40% [12]. Симптом тяжести в эпигастрии после еды свойственный для ФД наблюдается среди пациентов с ГЭРБ даже чаще, чем ее типичный симптом изжоги. Во многих случаях диспепсия и желудочно-пищеводный рефлюкс взаимосвязаны [13]. Такая

Клинический случай 4. Мужчина 34 лет. Жалобы:

- Боли ноюще-давящего характера в эпигастрии возникающие натощак и проходящие после приема пищи.
- Изжога после употребления жирной, жареной, острой пищи, кофе, алкоголя; а также в ночное время, что иногда сопровождается пробуждением и ухудшением сна.
- Чувство кислоты во рту, преимущественно утром.

Анамнез болезни: Боли в эпигастрии наблюдаются в течение последнего года. В первые месяцы заболевания болевой дискомфорт возникал после длительных интервалов между приемами пищи (6–8 часов) и проходил вскоре после еды. В последующем, на фоне болей стал отмечать изжогу, которую успешно купировал приемом соды, а позже по совету знакомых Алмагелем. Вместе с изжогой проходила и эпигастральная боль. К врачу по этому поводу не обращался. На протяжении последних четырех недель наблюдает усиление болей, иногда сопровождающихся изжогой. Кроме того, отмечает появление изжоги и в ночное время, что вызывает пробуждение, ухудшение сна. По утрам, до приема пищи ощущает кислый привкус во рту. По причине этих беспокойств, в течение двух недель самостоятельно начал принимать Омепразол 20 мг по 1 таблетке 2 раз в день, в результате эпигастральная боль и изжога в дневное время несколько уменьшились, но ночная изжога беспокоит по-прежнему.

Из анамнеза жизни: курит с 18 лет по 1 пачке (20 сигарет) в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Работает водителем-дальнобойщиком. Питание не регулярное, иногда с большими интервалами между приемами пищи (до 10 часов).

Рост – 170 см, вес – 84 кг (индекс массы тела – 29,1 кг/м²) – избыточная масса тела.

При физикальном обследовании изменений со стороны органов и систем не обнаружено.

Предварительный диагноз: Диспепсия неуточненная «К 31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперст-

Комментарии

Предварительный диагноз «Диспепсия неуточненная. Гастроэзофагеальный рефлюкс» установлен на основании жалоб на эпигастральные боли связанные с приемом пищи, которые характерны для диспепсии различного происхождения. На желудочно-пищеводный рефлюкс указывают: ощущение кислоты во рту, изжога, вызываемая употре-

закономерность сочетания клинических симптомов может быть объяснена общностью патогенетических механизмов, участвующих в формировании как ГЭРБ, так и ФД.

Лечение. Рекомендована щадящая диета, питание не обильное, частое (5–6 раз в сутки), в течение часа после еды не ложиться, избегать работы в наклонном положении. Продолжение приема Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз в день позволило при высокой комплаентности безопасно достичь желаемого терапевтического эффекта.

ной кишки неуточненная». Гастроэзофагеальный рефлюкс.

Обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, определение в крови антител класса IgG к *HP* методом ИФА, ЭГДС с исследованием материала желудка на наличие *HP*, УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа), 24-часовая рН-метрия пищевода и желудка.

Лечение: щадящая диета, снижение массы тела, прекращение курения.

Омез ДСР по 1 капсуле 1 раз в день (на период обследования)

Результаты обследования: ЭГДС – единичные изолированные линейные эрозии длиной до 5 мм на одной продольной складке слизистой оболочки пищевода. Слизистая желудка и ДПК без видимых изменений.

Экспресс-тест и исследование крови методом ИФА в отношении *HP* дали отрицательный результат. Суточная рН-метрия пищевода: эпизоды рефлюксов в сутки более 50, продолжительность периодов с внутрипищеводным рН < 4,0 составила 2 часа; ночные кислотные прорывы (НКП). Другие рутинные исследования отклонений не обнаружили.

Диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь I степени, с ночными кислотными прорывами «K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом».

Сочетанное заболевание: Функциональная диспепсия «K30 Функциональная диспепсия».

Лечение: щадящая диета, питание дробное и частое (5–6 раз в сутки). Рекомендованы меры направленные на снижение массы тела. Прекращение курения.

Фармакотерапия: Продолжить прием Омеза ДСР по 1 таблетке 1 раз утром (4 недели). Перед сном Омез Инста по 1 пакетику (4 недели).

На фоне проводимого лечения все вышеуказанные жалобы прошли

блением пищевых продуктов, расслабляющих кардиальный сфинктер. В план обследования, помимо стандартных исследований с учетом предполагаемого желудочно-пищеводного рефлюкса, включена суточная рН-метрия пищевода и желудка.

Лечение кислотозависимых заболеваний, сопровождающихся нарушениями двигательной

функции верхних отделов пищеварительного тракта, предполагает назначение ИПП и прокинетиков, поэтому рекомендация Омеза ДСР на период обследования вполне оправдана.

При ЭГДС обнаружены признаки ГЭРБ I степени (по Savary-Miller), а суточная рН-метрия пищевода зафиксировала частые желудочно-пищеводные рефлюксы с длительными периодами низкой рН, а так же признаки ночных кислотных прорывов (внутрижелудочное рН<4 в течение ночи более 1 часа на фоне приёма омепразола 20 мг 2 раза в день). Другие исследования изменений не выявили. Таким образом, на основании жалоб и результатов исследований диагностирована Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь I степени, с ночными кислотными прорывами. Вместе с тем, жалобы на «голодные» эпигастральные боли при отсутствии органических причин, которые могли бы их объяснить, указывают на диспепсию функционального характера. В данном случае наличие ГЭРБ не исключает диагноза Функциональной диспепсии, это сочетание двух заболеваний.

По данным J. Keohane и E. M. Quigley при ФД проявления желудочно-пищеводного рефлюкса встречаются у 62% больных [14]. В российском исследовании МЭГРЭ установлено, что среди пациентов с ГЭРБ симптомами ФД наблюдаются значительно чаще (69%), чем среди лиц без ГЭРБ (42%), что авторы связывают с расстройствами двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных ГЭРБ [15]. Могут иметь значение и другие, общие для этих заболеваний патогенетические механизмы – кислотно-пептический фактор, висцеральная гиперчувствительность, психологические причины. Факторами риска развития ГЭРБ и функциональных расстройств у представленного пациента могут быть – нерегулярное питание, курение, избыточная масса тела, психо-эмоциональные стрессы.

Лечение: Приёмы пищи должны быть своевременными и необильными, не включать жирной, жареной и острой пищи, алкоголя, газированных напитков. Прекратить курение. Нормализовать массу тела. Не ложиться в течение часа после еды. Избегать работы в наклонном положении. Фармакотерапия: с учетом особенностей патогенеза ГЭРБ и ФД вполне обосновано назначение ИПП и прокинетика (Омез ДСР по 1 таблетке 1 раз утром). Вместе с тем, этой рекомендации недостаточно для решения вопроса купирования ночного кислотного прорыва, с этой целью в план лечения включен Омез Инста по 1 пакетику на ночь перед сном. Препарат Омез Инста, представляет собой быстро высвобождаемую форму омепразола в соединении с гидрокарбонатом натрия. Более высокая эффективность Омеза Инста по сравнению с монопрепаратами ИПП в отношении НКП, связана с включением в его состав гидрокарбоната натрия. Это действующее вещество повышает внутрижелудочный рН и стимулирует выработку гастрина, что увеличивает число функционирующих протонных помп в мембране париетальных клеток. В свою очередь омепразол защищается щелочной средой натрия гидрокарбоната от кислоты желудка, всасывается в кровь и блокирует протонные помпы. Эти механизмы обеспечивают более быстрое нарастание концентрации омепразола до пиковых значений (менее чем за 30 минут) и, соответственно, более быстрому наступлению эффекта [16].

Соблюдение алгоритма ведения первичных пациентов с симптомами диспепсии в широкую клиническую практику позволит избежать ошибок в постановке диагноза, назначении необоснованных исследований, нерационального лечения, что будет способствовать улучшению качества жизни и прогноза пациентов с диспепсическими расстройствами.

Литература | References

1. Лазебник Л. Б., Алексеев С. А., Лялюкова Е. А. и соавт. Рекомендации по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология – 2018 – Т. 153, № 5 – С. 4–18.
Lazebnik L. B., Alekseenko S. A., Lyalykova E. A., Samsonov A. A. et al. Recommendations on management of primary care patients with symptoms of dyspepsia. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;153(5):04–18.
2. Ивашкин В.Т., Маев Ю. А. и соавт. Клинические рекомендации РГА по диагностике и лечению инфекции НР у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – 2018 – Т. 28, № 1 – С. 55–70.
Ivashkin V. T., Mayev Y. A. et al. Clinical recommendations of RGA for the diagnosis and treatment of infection HP in adults. Russian journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2018; Vol. 28 (1): 55–70.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией» (<https://www.webapteka.ru/phdocs/doc8484.html>, обращение 31.10.2018).
4. Карева Е.Н., Сереброва С. Ю. Медикаментозное лечение нарушений моторики желудка – проблемы, пути решения, достижения. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология – 2017 – Т. 143, № 7 – С. 167–183.
Kareva E. N., Serebrova S. Yu. Challenges in drug treatment of gastric motility disorders. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2017;143(07):167–183.
5. Ивашкин В.Т., Маев И. В., Шептулин А. А. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – 2017 – Т. 27, № 1 – С. 50–61.
Ivashkin V. T., Mayev I. V., Sheptulin A. A. et al. Clinical recommendations of the Russian gastroenterological Association for diagnosis and treatment functional dyspepsia. Russian journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2017; Vol. 27(1): 50–61.

6. Sugano K., Tack J., Kuipers E. J., et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. Gut 2015 – Vol.64 – P. 1353–67.
7. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection– the Maastricht V / Florence Consensus. Report. Gut – 2017 – Vol.66, № 1 – P. 6–30.
8. Suzuki H., Moayyedi P. *Helicobacter pylori* infection in functional dyspepsia. Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2013 – № 10 – P. 168–74.
9. Mazzoleni L.E., Sander G. B., Francesconi C. F., et al. *Helicobacter pylori* eradication in functional dyspepsia: heroes trial. Arch. Intern. Med. – 2011 – Vol.171 – P. 1929–36.
10. Мараховский К. Ю., Василевская С. А., Карасева Г. А. и соавт. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: сопоставительная оценка эффективности и безопасности омепразола в комбинации с домперидоном в сравнении с омепразолом. Лечебное дело – 2015 – № 2 – С. 7–16.
Marakhovskii K. Yu., Vasilevskaya S. A., Karasev G. A. et al. Gastroesophageal reflux disease: comparative evaluation of the efficacy and safety of omeprazole in combination with domperidone in comparison with omeprazole. Lechebnoe delo. 2015; 2: 7–16.
11. Крапивная О.В., Алексеенко С. А. ГЭРБ у пациентов с функциональной диспепсией и СРК кишечника с запором: кл. особенности и оценка эффективности терапии лактулозой и итоприда гидрохлоридом. Альманах клинической медицины – 2014 – № 33 – С. 57–63.
Krapivnaya O. V., Alekseenko S. A. Gastroesophageal reflux disease in patients with functional dyspepsia and constipation predominant irritable bowel syndrome: clinical features and efficacy of lactulose and itopride hydrochloride. Almanac of clinical medicine. 2014; 33: 57–63.
12. Ohara S., Kawano T., Kusano M., Kouzu T. Survey on the prevalence of GERD and FD based on the Montreal definition and the Rome III criteria among patients presenting with epigastric symptoms in Japan. J Gastroenterol – 2011 – Vol. 46, № 5 – P. 603–11.
13. Tack J., Caenepeel P., Arts J. et al. Prevalence of acid reflux in functional dyspepsia and its association with symptom profile. Gut. – 2005. – Vol. 54, № 10 – P. 1370–76.
14. Keohane J, Quigley EM. Functional dyspepsia and nonerosive reflux disease: clinical interactions and their implications. Med Gen Med. – 2007 – Vol. 9, № 3–31.
15. Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Бордин Д. С. и соавт. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России (МЭГРЕ)». Тер. архив – 2011 – № 1 – С. 45–50.
Lazebnik L. B., Masharova A. A., Bordin D. S. et al. Results of a multicenter trial "Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease in Russia" (MEGRE). Ter Arkh. 2011; 83(1): 45–50.
16. Саблин О. А., Ледовская А. А. Новые возможности антисекреторной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология – 2012 – № 6 – С. 98–101.
Sablin O. A., Ledovskaya A. A. New features of antisecretory therapy of gastroesophageal reflux disease. Experimental and clinical gastroenterology. 2012; no.8: 98–101.