

Клинические примеры применения ингибитора протонной помпы и прокинетики у первичных пациентов с симптомами диспепсии

И.В.Долгалев
ФГБОУ ВО Сибирский государственный
медицинский университет Минздрава
России, Томск

Цель. Продемонстрировать терапевту и врачу общей практики на клинических примерах возможности применения ингибитора протонной помпы и прокинетики у первичных пациентов с симптомами диспепсии на этапе амбулаторно-поликлинической помощи. **Основные положения.** Представлены клинические случаи пациентов с установленными диагнозами: Функциональная диспепсия (ФД); Диспепсия, ассоциированная с инфекцией *Helicobacter pylori*; Неэрозивная рефлюксная болезнь; ФД в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. В комментариях подробно рассмотрены вопросы обоснования предварительного и окончательного диагнозов, подходы дифференциальной диагностики заболеваний на основании современных рекомендаций 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 следует выставлять предварительный диагноз Диспепсия неуточненная «К 31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточненная». Представлены диагностические критерии Диспепсии, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*, и тактика ведения пациентов с этим диагнозом. Показано, что после исключения органической причины диспепсии лечение проводится с применением ингибиторов протонной помпы (омепразол или рабепразол 20 мг/сут) в комбинации с прокинетиком (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 широкую клиническую практику позволит врачу правильно оценить симптоматику заболеваний, сосредоточиться на выполнении необходимых исследований и назначить оптимальное лечение, что, несомненно, будет способствовать улучшению качества жизни и прогноза пациентов с диспепсическими расстройствами.

Ключевые слова: диспепсия, ингибиторы протонной помпы, прокинетики, амбулаторно-поликлиническая помощь.

Clinical Examples of Proton Pump Inhibitor and Prokinetics Use in Primary Care Patients with Dyspepsia Symptoms

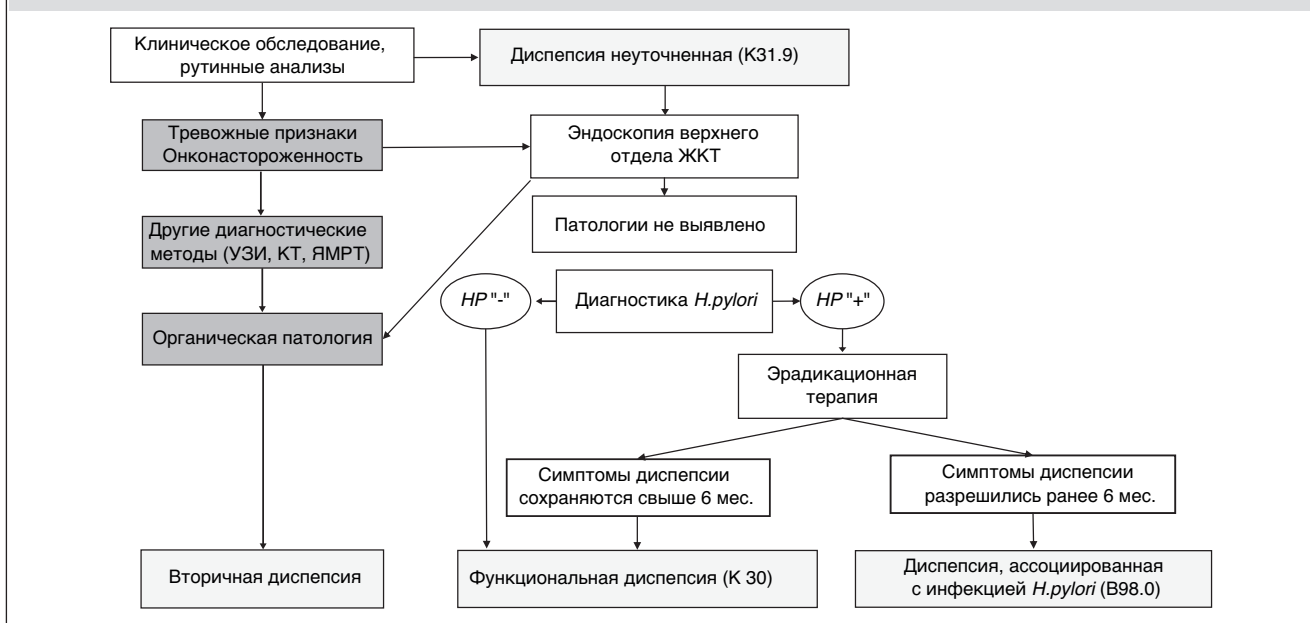
I.V.Dolgalov
Siberian State Medical University of the
Ministry of Health of the Russian Federation,
Tomsk

The aim of the article is to demonstrate to primary care physicians and general practitioners clinical examples of the possibility of using a proton pump inhibitor and prokinetics in primary patients with dyspepsia symptoms at the outpatient care stage. *Key points.* The article presents clinical cases of patients with established diagnoses: Functional dyspepsia (FD); Dyspepsia associated with *Helicobacter pylori* infection; Non-erosive reflux disease; FD combined with gastroesophageal reflux disease. The substantiation of preliminary and final diagnoses, as well as the approaches to the differential diagnosis of diseases based on modern recommendations for the management of primary patients with dyspepsia symptoms are discussed in detail. The basic methods for diagnosing diseases and disorders with dyspeptic manifestations are presented and substantiated. It is shown that a preliminary diagnosis of unspecified dyspepsia (K31.9 – Disease of stomach and duodenum, unspecified) should be made before obtaining the results of esophagogastroduodenoscopy. Diagnostic criteria for dyspepsia associated with *H.pylori* infection and management tactics for patients with this diagnosis are presented. It is shown that after eliminating the organic cause of dyspepsia, treatment is carried out using proton pump inhibitors (omeprazole or rabeprazole 20 mg/day) in combination with prokinetics (domperidone 30 mg/day). The rational use of a fixed combination of omeprazole 20 mg with modified-release domperidone 30 mg/day (Omez® DSR). *Conclusion.* Adherence to the algorithm for managing primary patients with dyspepsia symptoms in wide clinical practice will allow doctors to correctly assess the symptoms of the disease, focus on the necessary tests, and prescribe the optimal treatment, which will undoubtedly contribute to improving the quality of life and prognosis of patients with dyspeptic disorders.

Keywords: dyspepsia, proton pump inhibitors, prokinetics, outpatient care.

До настоящего времени в формулировках диагнозов врачей терапевтов, врачей общей практики и гастроэнтерологов необоснованно часто указывается хронический гастрит (ХГ). Во многих случаях подтверждением тому являются только жалобы пациентов, носящих диспепсический характер. В связи с этим важно помнить, что ХГ – это морфологический диагноз и то, что его течение часто бессимптомно, а жалобы предъявляемые больными обычно 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

Алгоритм диагностики и лечения диспепсии на этапе амбулаторно-поликлинической помощи



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 учета и наблюдения.

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

Клинический случай 1

Женщина, 36 лет. Жалобы:

- ощущения боли в эпигастрии, возникающие вскоре после приема пищи;
- тошнота, не зависящая от количества и качества принятой пищи;
- вздутие живота и отрыжка воздухом.

Анамнез болезни: Боли в эпигастрии связанные с приемом пищи пациентка наблюдает в течение последнего года. В первое время это были редкие эпизоды, и их появление больная связывала с употреблением кислой, острой пищи, кофе. В последующем больная стала отмечать тошноту, беспокоящую обычно непродолжительно. В последние месяцы, к вышеуказанным жалобам присоединилась отрыжка воздухом и вздутие живота, наиболее выраженное после употребления капусты и яблок. По этому поводу к врачам не обращалась, но увидев телевизионную рекламу о пользе для желудка ферментативного препарата, стала регулярно его принимать. Через непродолжительное время отметила уменьшение явлений метеоризма и отрыжки воздухом, но эпигастральные боли и тошнота продолжали беспокоить в прежней мере.

Из анамнеза жизни: пациентка в детстве росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала. Во взрослом периоде при прохождении профилактических осмотров хронические заболевания не обнаруживались. Работает диспетчером на железной дороге (частые ночные дежурства, психоэмоциональное напряжение, стрессы). Питание нерегулярное, в разное время.

Алкоголем не злоупотребляет. Курит с 18 лет по 10–15 сигарет в сутки.

Семейное положение: не замужем, разведена, воспитывает дочь (13 лет).

Предварительный диагноз: **К 31.9 Диспепсия неуточненная.**

Обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, электрокардиография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭГДС, ¹³С-уреазный дыхательный тест для определения инфицированности *Helicobacter pylori* (HP), 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 (начать прием после проведения ¹³С-уреазного теста).

Результаты обследования: ЭГДС – без патологических изменений.

¹³С-уреазный дыхательный тест не обнаружил инфицированности HP.

Другие рутинные исследования отклонений не выявили.

Диагноз: **К 30 Функциональная диспепсия.**

Лечение: Питание регулярное, частое (до 6 раз в день), дробное небольшими порциями с ограничением кислой, острой пищи, кофе. Прекращение курения.

Продолжить прием Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз в день, до 4 нед. от начала лечения. Ферментативный препарат отменен.

Комментарии. Предварительный диагноз «Диспепсия неуточненная» установлен на основании предъявленных пациенткой жалоб диспепсического характера и отсутствия в анамнезе указаний, на перенесенные 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]. В качестве метода обнаружения инфицированности HP выбран ¹³С-уреазный дыхательный тест, так как он обладает высокой чувствительностью, а также имеет значение то, что пациентка ранее не принимала лекарственные препараты – ингибиторы протонной помпы (ИПП), блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, антибиотики, препараты висмута, которые

могли бы повлиять на достоверность результатов [2]. При анализе жалоб и изучения анамнеза у пациентки не обнаружено «тревожных признаков», которые указывали бы на возможные онкологические заболевания, поэтому на период обследования, после выполнения ^{13}C -уреазного дыхательного теста, следует назначить лекарственные средства эффективные в отношении симптомов диспепсии. Согласно рекомендациям [1] и приказу Минздрава России от 28.08.2018 №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].

Проведенное 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 (рисунок).

Очевидно, что одной из важных предпосылок развития функциональных расстройств явились частые и затяжные психоэмоциональные переживания, вызванные нерешенными проблемами в семье и стрессами, связанными с профессиональной деятельностью. Еще одним важным фактором риска (ФР) формирования функциональной диспепсии (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.

До обращения к врачу больная самостоятельно принимала ферментативный препарат и отмечала при этом улучшение самочувствия – уменьшение явлений метеоризма и отрыжки воздухом. В ряде случаев функциональная диспепсия может способствовать формированию относительной панкреатической недостаточности. Основные патогенетические механизмы следующие:

- повышенная желудочная кислотопродукция может способствовать снижению интрадуоденального уровня рН менее 5,5, что в свою очередь создает условия для инактивации ферментов поджелудочной железы и энтерокиназы;
- расстройства двигательной функции ДПК приводит к нарушению смешивания ферментов с пищевым химусом, что так же снижает активацию энтерокиназы;
- дефицит энтерокиназы вызывает нарушение активации трипсиногена;
- все вышеуказанные изменения также создают условия для избыточного бактериального роста в проксимальных отделах тонкой кишки и вследствие этого разрушению уже выделенных в ДПК панкреатических ферментов.

Таким образом, в случаях, когда есть основания для заключения об относительной панкреатической недостаточности у пациентов с функциональной диспепсией можно дополнительно назначить на непродолжительный период ферментативные препараты. Однако наиболее патогенетически обоснованным является назначение комбинированной тера-

пии, включающей ингибитор протонной помпы и прокинетики, как и в случае нашей пациентки.

Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению функциональной диспепсии [5], больной предложено частое дробное питание (до 6 раз в день), небольшими порциями с ограничением жирной, жареной и острой пищи, а также кофе.

Фармакотерапия: Продолжение приема Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз в день, до 4 нед. от начала лечения [1, 4]. На фоне проводимой терапии все вышеуказанные жалобы прошли.

Клинический случай 2

Женщина, 26 лет. Жалобы:

Выраженные боли в верхней части живота и на тошноту, возникающие вскоре после приема 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, в связи с этим вернулась к приему омепразола.

Из анамнеза жизни: росла и развивалась нормально. Какие-либо хронические заболевания ранее не выявлялись. Питание регулярное, трехразовое, полноценное. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Заполнен опросник mFSSG функциональных расстройств ЖКТ, пациентка набрала 8 баллов по пунктам «диспепсия» [6].

Предварительный диагноз: К 31.9 Диспепсия неуточненная

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: В 98.0 Диспепсия, ассоциированная с инфекцией *Helicobacter pylori*.

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

Фармакотерапия: Рабепразол (Разо®) 0,02 г по 1 таблетке 2 раза в день, 14 дней; затем по 1 таблетке 1 раз в день еще 14 дней.

Висмута трикалия дицитрат 0,12 г по 2 таблетки 2 раза в день, 14 дней.

Кларитромицин 0,5 г по 1 таблетке 2 раза в день, 14 дней.

Амоксициллин 1,0 г по 1 таблетке 2 раза в день, 14 дней.

Отмена Омеза ДСР.

Лечение пациентка перенесла хорошо, побочных эффектов от проведенной терапии не отмечено. Вместе с тем, болевые явления в эпигастрии и тош-

ОМЕЗ® ДСР

омепразол 20 мг + домперидон
модифицированного высвобождения¹

Омепразол
контролирует
секрецию
соляной
кислоты¹

Домперидон
усиливает
моторику
желудка¹



В желудке тяжесть и боль? Омез® ДСР – двойной контроль!



Уникальная комбинация
для лечения симптомов диспепсии^{1,2}



Однократный прием
и оптимальная цена^{1,3}



Возможность длительного
курсового лечения⁴



¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Омез ДСР

² По данным сайта www.grls.rosminzdrav.ru/ / 25.05.2020

³ Анализ средних цен на www.medlux.ru/ / 25.05.2020

⁴ Лазебник Л.Б. и соавт. Рекомендации по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;5(153), стр. 4-18.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

нота сохранились и врачом рекомендовано продолжить прием Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз в день до 4 нед. В течение этого периода все вышеуказанные жалобы прошли.

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

Комментарии. Предварительный диагноз «Диспепсия неуточненная» установлен на основании предъявленных пациенткой жалоб диспепсического характера, данных анамнеза о том что за год до обращения при схожих клинических проявлениях методом ЭГДС не обнаружено изменений СО пищевода, желудка, ДПК; а также результатов использования модифицированного опросника mFSSG на выявление функциональных расстройств ЖКТ [6]. Если при сборе анамнеза у необследованных пациентов с симптомами диспепсии с использованием опросника mFSSG выявлено суммарное количество баллов более или равное «8» по пунктам ДС.1-ДС.7, это является дополнительным аргументом предварительного диагноза «Диспепсия неуточненная». Оценка, полученная с использованием опросника, так же указывает на возможность назначения для эмпирического лечения фиксированной комбинации омепразола 20 мг и домперидона модифицированного высвобождения 30 мг [6, 7]. Пациентке на период обследования назначен Омез ДСР по 1 капсуле 1 раз в день.

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].

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 [8]. Это положение закреплено и российскими рекомендациями по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии [1].

Диагноз: В 98.0 Диспепсия, ассоциированная с инфекцией *Helicobacter pylori*.

Лечение: Для части пациентов с *HP*-ассоциированной диспепсией инфекция *Helicobacter pylori* является причинным фактором клинических проявлений [8, 9]. Ранее проведенные исследования показали, что ЭТ у некоторых больных с *HP*-ассоциированной диспепсией приводит к стойкому снижению симптоматики [9–11]. В настоящее время эрадикационная терапия (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, 8] (см. рисунок).

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 [9].

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 [9].

У части пациентов с Диспепсией, ассоциированной с *HP*, симптоматика заболевания полностью не проходит ко времени завершения ЭТ [10, 11]. У нашей пациентки также к моменту окончания антихеликобактерного лечения, явления диспепсии сохранялись, и с целью их купирования назначен комбинированный препарат Омез ДСР, надежно контролирующей кислотопродукцию и одновременно регулирующий моторную функцию желудка [1, 12, 13]. На фоне проводимой терапии все вышеуказанные жалобы прошли.

Таким образом, успешно проведенная эрадикационная терапия и купирование симптомов диспепсии в период до 6 мес. подтверждают правильность диагноза – Диспепсия, ассоциированная с инфекцией *Helicobacter pylori* [1, 8, 9] (см. рисунок).

Клинический случай 3

Женщина, 30 лет.

Жалобы: ощущение давления, тяжести в подложечной области, возникающее через 15–20 мин после жирной, жареной, острой пищи; кислых соков, алкоголя, кофе. Тошнота, отрыжка воздухом, нарушение сна.

Анамнез болезни: Тошнота и отрыжка воздухом после жирной, жареной пищи беспокоят в течение трех 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 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 нерегулярное.

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

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

Предварительный диагноз: К 31.9 Диспепсия неуточненная.

Обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, определение антител к *Helicobacter pylori* в крови 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, электрокардиография.

Лечение: диета.

Омез ДСР по 1 капсуле 1 раз в день (на период обследования), после ЭГДС и экспресс-теста на *HP*.

Результаты обследования: ЭГДС – изменений СО пищевода, желудка, ДПК не выявлено. Экспресс-тест и исследование крови методом ИФА в отношении *HP* дали отрицательный результат. Другие рутинные исследования изменений также не выявили.

Дополнительно проведена суточная 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 ч.

Диагноз: **K21.9 Неэрозивная рефлюксная болезнь**

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

Фармакотерапия: Продолжить прием Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз в день (4 нед.).

Комментарии. Предварительный диагноз «Диспепсия неуточненная» установлен на основании симптомов диспепсического характера и отсутствия в анамнезе сведений о проведенных исследованиях в отношении указанной симптоматики. 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, тестами на *НР*, дополнительно указана к выполнению суточная рН-метрия пищевода. На период обследования, согласно клиническим рекомендациям, назначен Омез ДСР [1]. Для исключения ложноотрицательных результатов начать прием препарата следует только после проведения тестов на инфицированность *НР* [1, 8, 9].

При проведении ЭГДС и других обязательных лабораторно-инструментальных исследований изменений не обнаружено, так же не установлен факт инфицированности *НР*. Однако при 24-часовой 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 [14]. По данным исследования, проведенном в популяции Японии, перекрест между симптоматикой ГЭРБ и функциональной диспепсией достигает 30–40% [15]. 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 [16]. Такая закономерность сочетания клинических симптомов может быть объяснена общностью патогенетических механизмов участвующих в формировании как ГЭРБ, так и ФД.

Лечение. Рекомендована щадящая диета, питание необильное, 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.

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 наблюдает в течение последнего года. В первые месяцы заболевания болевой дискомфорт возникал после длительных интервалов между приемами пищи (6–8 ч) и проходил вскоре после еды. В последующем, на фоне болей стал отмечать изжогу, которую успешно купировал приемом соды, а позже по совету знакомых перешел на прием невсасывающегося антацида. 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. По причине этих беспокойств, в течение двух недель самостоятельно начал принимать Омепразол 20 мг по 1 капсуле 2 раза в день, в результате эпигастральная боль и изжога в дневное время несколько уменьшились.

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

Рост – 170 см, масса тела – 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: **K 31.9 Диспепсия неуточненная. Гастроэзофагеальный рефлюкс.**

Обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, определение в крови антител к *НР* методом ИФА, ЭГДС с исследованием материала желудка на наличие *НР*, 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 *НР* дали отрицательный результат. Суточная рН-метрия пищевода: эпизоды рефлюксов в сутки более 50, продолжительность периодов с внутрипищеводным рН<4,0 составила 2 ч. Другие рутинные исследования отклонений не обнаружили.

Диагноз: **K21.0 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь I степени.**

Сочетанное заболевание: K 30 Функциональная диспепсия.

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

Меры направленные на снижение массы тела. Прекращение курения.

Фармакотерапия: Продолжить прием Омеза ДСР по 1 капсуле 1 раз утром (4 нед.). На фоне проводимого лечения все вышеуказанные жалобы прошли.

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 употреблением 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. Другие исследования изменений не выявили. Таким образом, на основании жалоб и результатов исследований диагностирована Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь I степени. 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 [17]. В российском исследовании МЭГРЭ установлено, что среди пациентов с ГЭРБ симптомы 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 [18]. 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, психоэмоциональные стрессы.

Лечение: Приемы пищи должны быть своевременными и небольшими, не содержать 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 капсуле 1 раз утром).

Комбинация двух лекарственных веществ (омепразол и домперидон) оказывает комплексное действие на основные звенья патогенеза нарушения функций верхних отделов желудочно-кишечного тракта различного происхождения. Домперидон усиливает и синхронизирует физиологические перистальтические волны, повышает активность нижнепищеводного сфинктера, омепразол снижает базальную и стимулированную секрецию соляной кислоты. Обедненные в одну лекарственную форму омепразол 20 мг и домперидон модифицированного высвобождения 30 мг решают одновременно несколько задач: повышение эффективности, безопасности и комплаентности лечения. Повышение эффективности терапии достигается взаимоусиливающим действием

двух действующих веществ из разных фармакотерапевтических групп. Высокая комплаентность обеспечивается возможностью приема препарата однократно в сутки, благодаря включению в эту лекарственную форму прокинетика домперидона с модифицированным высвобождением. Равномерное и постоянное поступление домперидона из микрогранул в кровь определяет невозможность формирования пиковых значений концентраций препарата, неизбежных при использовании традиционных лекарственных форм, что в свою очередь снижает вероятность проявления нежелательных дозозависимых явлений и делает применение этого препарата безопасным. Так же, благодаря пролонгированному высвобождению, концентрация домперидона в плазме крови не выходит за пределы однократной дозы 10 мг, что позволяет назначать препарат как короткими, так и длительными курсами (до 8 нед.) [1].

Соблюдение алгоритма ведения первичных пациентов с симптомами диспепсии в широкую клиническую практику позволит врачу правильно оценить симптоматику заболеваний, сосредоточиться на выполнении только необходимых исследований и назначить оптимальное лечение, что, несомненно, будет способствовать улучшению качества жизни и прогноза пациентов с диспепсическими расстройствами.

Литература

1. Лазебник Л.Б., Алексеенко С.А., Лялюкова Е.А. и др. Рекомендации по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – Т. 153. – № 05. – С. 4–18. / Lazebnik L.B., Alekseenko S.A., Lyalyukova E.A. i dr. Rekomendatsii po vedeniyu pervichnykh patsientov s simptomami dispepsii. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2018; 153 (05): 4–18. [in Russian]
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации РГА по диагностике и лечению инфекции НР у взрослых. РЖГК. – 2018. – Т. 28. – № 1. – С. 55–70. / Ivashkin V.T., Maev I.V. i dr. Klinicheskie rekomendatsii RGA po diagnostike i lecheniyu infektsii HR u vzroslykh. RZhGGK. 2018; 28 (1). S. 55–70. [in Russian]
3. Приказ Минздрава России от 22.11.2004 № 248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией» (<https://www.webapteka.ru/phdocs/doc8484.html>, обращение 13.10.2018). / Priказ Minzdravsotsrazvitiya RF ot 22.11.2004 № 248 «Ob utverzhdenii standartov meditsinskoj pomoshchi bol'nym khronicheskim gastritom, duodenitom, dispepsiej» (<https://www.webapteka.ru/phdocs/doc8484.html>, obrashchenie 13.10.2018). [in Russian]
4. Карева Е.Н., Сереброва С.Ю. Медикаментозное лечение нарушений моторики желудка – проблемы, пути решения, достижения. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. – Т. 143. – № 07. – С. 167–183. / Kareva E.N., Serebrova S.Ju. Medikamentoznoe lechenie narushenij motoriki zheludka – problemy, puti resheniya, dostizheniya. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2017; 143 (07). 167–183. [in Russian]
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. РЖГК. – 2017. – Т. 27. – № 1. – С. 50–61. / Ivashkin V.T., Maev I.V., Sheptulin A.A. i dr. Klinicheskie rekomendatsii Rossijskoj gastroenterologicheskoi assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu funktsional'noj dispepsii. RZhGGK. 2017; 27 (1): 50–61. [in Russian]
6. Nagahara A, Asaoka D, Hojo M et al. Observational comparative trial of the efficacy of proton pump inhibitors versus histamine-2 receptor antagonists for uninvestigated dyspepsia. J. Gastroenterol. Hepatol. 2010; 25 (Suppl. 1): S122–8.
7. Лазебник Л.Б., Лялюкова Е.А., Алексеенко С.А., и др. Обследование пациентов с синдромом диспепсии и изжоги в амбулаторно-поликлинической практике: нужен ли новый опросник терапевту, врачу общей практики. Экспериментальная и кли-

- ническая гастроэнтерология. – 2018. – Т. 150. – № 2. – С. 167–173. / Lazebnik L.B., Lyaljyukova E.A., Alekseenko S.A., i dr. Obsledovanie patsientov s sindromom dispepsii i izzhogi v ambulatorno-poliklinicheskoy praktike: nuzhen li novyj oprosnik terapevtu, vrachu obshchej praktiki. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2018;150 (2): 167–173. [in Russian]
8. Sugano K., Tack J., Kuipers E. J., et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. Gut. 2015; 64: 1353–67.
 9. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection– the Maastricht V. Florence Consensus. Report. Gut. 2017; 66 (1): 6–30.
 10. Suzuki H., Moayyedi P. *Helicobacter pylori* infection in functional dyspepsia. Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2013; 10: 168–74.
 11. Mazzoleni L.E., Sander G.B., Francesconi C.F., et al. *Helicobacter pylori* eradication in functional dyspepsia: heroes trial. Arch. Intern. Med. 2011; 171: 1929–36.
 12. 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. Jyu. Medikamentoznoe lechenie narushenij motoriki zheludka problemy, puti resheniya, dostizheniya. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2017; 143 (7): 167–183. [in Russian]
 13. 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. – Т. 42. – №2. – С. 7–16. / Marakhovskij K.Jyu., Vasilevskaya S. A., Karaseva G. A. i soavt. Gastroezofageal'naya refljyusnaya bolezn': sopostavitel'naya otsenka effektivnosti i bezopasnosti omeprazola v kombinatsii s domperidonom v sravnenii s omeprazolom. Lechebnoe delo. – 2015. – 2 (42). – S. 7–16. [in Russian]
 14. 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.B, Alekseenko S.A. GERB u patsientov s funktsional'noj dispepsiej i SRK kishhechnika s zaporom: kl. osobennosti i otsenka effektivnosti terapii laktulozoi i itoprida gidrokhloridom. Al'manakh klinicheskoi meditsiny. 2014; 33: 57–63. [in Russian]
 15. 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; 46 (5): 603–11.
 16. Tack J., Caenepeel P., Arts J. et al. Prevalence of acid reflux in functional dyspepsia and its association with symptom profile. Gut. 2005; 54 (10): 1370–1376.
 17. Keohane J., Quigley E.M. Functional dyspepsia and nonerosive reflux disease: clinical interactions and their implications. Med Gen Med. 2007; 9: 31.
 18. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д. С. и др. 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. i dr. Rezul'taty mnogotsentrovogo issledovaniya «Epidemiologiya gastroezofageal'noj refljyusnoj bolezni v Rossii (MEGRE)». Ter. arkhiv. 2011; 1: 45–50. [in Russian]

Сведения об авторе:

Долгалев Игорь Владимирович – д.м.н., заведующий кафедрой факультетской терапии с курсом клинической фармакологии, ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск