

Оригинальная статья / Original article

Гастрит и диспепсия: два имени одной проблемы? Отношение преобладающих симптомов к синдромальной характеристике пациента с заболеваниями верхних отделов ЖКТ: результаты опроса врачей-терапевтов

H.B. Бакулина[™], https://orcid.org/0000-0003-4075-4096, nv bakulina@mail.ru

И.А. Оганезова, https://orcid.org/0000-0003-0844-4469, oganezova@rambler.ru

Ю.Г. Топалова, https://orcid.org/0000-0003-3999-6848, juliaklukvina11@rambler.ru

И.Г. Бакулин, https://orcid.org/0000-0002-6151-2021, igbakulin@yandex.ru

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Резюме

Введение. Хронический гастрит – одна из наиболее частых проблем в гастроэнтерологии и общей врачебной практике. В данном исследовании мы попытались проанализировать действия врачей-терапевтов в отношении пациентов с симптомами диспепсии, оценить, как различный симптомокомплекс влияет на выбор терапии и формулировку диагноза.

Цель. Выявить особенности постановки предварительного диагноза по симптомам, выяснить возможности врачей дифференцировать клинические синдромы, а также определить подходы к эмпирической терапии (на первом приеме) и следование стратегии «тестируй и лечи», направленной на выявление инфекции, вызванной *H. pylori*.

Материалы и методы. Исследование было проведено методом CAWI (Computer-assisted Web Interviewing): каждый врач, давший согласие на участие в исследовании, получил ссылку для прохождения опроса и самостоятельно внес ответы на сформулированные исследователем типовые вопросы. В рамках опроса врачам было предложено описание трех профилей взрослых пациентов с подозрением на диагноз «гастрит», впервые обратившихся с жалобами. Пациенты отличались доминирующими синдромами. Пациент № 1 с болевым синдром и симптомами диспепсии, пациент № 2 – с симптомами диспепсии и пациент № 3 – с болевым синдром.

Результаты. В исследовании приняли участие 205 терапевтов из 33 городов России. Наиболее часто пациентам выставлялся предварительный диагноз «гастрит»: 50% врачей предположили гастрит для пациента № 1, 51% – для пациента № 2, 40% – для пациента № 3. Несмотря на однозначное описание симптомов замедленной моторики у пациентов № 1 и № 2, предполагаемые диагнозы чаще не отражают наличие этой проблемы. В то же время у пациентов № 1 и № 3 с вероятной симптоматикой гастрита в половине случаев врачи не предлагали проведение диагностики инфекции *H. pylori*. В случае выявления инфекции врачи предлагали назначение препаратов для эрадикации каждому пациенту, при этом наиболее популярной фармакологической группой были ИПП (91%). Однако каждый десятый врач предполагал проведение эрадикации без ИПП. Выводы. Результаты опроса свидетельствуют о недостаточной осведомленности врачей-терапевтов о симптомах замедленной моторики. Это приводит к назначению симптоматической фармакотерапии, не обеспечивающей разрыв патогенетических механизмов.

Ключевые слова: гастрит, диспепсия, прокинетики, итоприда гидрохлорид, эмпирическая терапия

Благодарности: Авторы благодарят за помощь в подготовке текста публикации компанию Medical Adviser's Group в лице Я. Пахомова и И. Бодэ.

Для цитирования: Бакулина Н.В., Оганезова И.А., Топалова Ю.Г., Бакулин И.Г. Гастрит и диспепсия: два имени одной проблемы? Отношение преобладающих симптомов к синдромальной характеристике пациента с заболеваниями верхних отделов ЖКТ: результаты опроса врачей-терапевтов. Медицинский совет. 2021;(15):30-39. https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-15-30-39.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Gastritis and dyspepsia: 2 names of one problem? Relations between predominant symptom and syndromal characteristics of upper GI disorders: results of a survey of physicians

Natalia V. Bakulina[™], https://orcid.org/0000-0003-4075-4096, nv bakulina@mail.ru Inna A. Oganesova, https://orcid.org/0000-0003-0844-4469, oganezova@rambler.ru Yulia G. Topalova, https://orcid.org/0000-0003-3999-6848, juliaklukvina11@rambler.ru

Igor G. Bakulin, https://orcid.org/0000-0002-6151-2021, igbakulin@yandex.ru

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia

Abstract

Introduction. Chronic gastritis is one of the most common problems in gastroenterology and general medical practice. In this study, we tried to analyze the actions of therapists in relation to patients with symptoms of dyspepsia, to assess how different symptom complex affects the choice of therapy and the diagnostics.

Aim. Identifying the process of a preliminary diagnosis by symptoms, determining the ability of physicians to differentiate clinical syndromes, and determining the approaches to empirical therapy at first visit and following the "test and treat" strategy aimed at identifying the *H. pylori* infection.

Materials and methods. The study was conducted using the CAWI (Computer-assisted Web Interview) method. Each physician who agreed to participate in the study received a link to take the survey and independently entered the answers to the questions formulated by the researcher. The descriptions of three profiles of adult patients with suspected gastritis diagnosis who applied for the first time were suggested: 1) a patient with a pain syndrome and dyspepsia symptoms; 2) a patient with dyspepsia symptoms; 3) a patient with a pain syndrome.

Results. The study involved 205 physicians from 33 cities of Russia. The most commonly assumed diagnosis was gastritis: 50% of responders suggested it for patient 1, 51% – for patient 2, and 40% – for patient 3. Despite the unambiguous description of the delayed motility symptoms in patients 1 and 2, the most commonly assumed diagnoses did not reflect the presence of a problem. At the same time, physicians did not conduct diagnostic tests for *H. pylori* infection in case of patients 1 and 3 with obvious symptoms of qastritis. In case of infection, physicians suggest prescribing eradication drugs to each patient, and the most popular pharmacological group suggested were PPIs (91%). However, every tenth physician suggested eradication without PPIs. Conclusion. The results of the survey indicate a lack of awareness among therapists about the symptoms of delayed motility. This leads to the symptomatic pharmacotherapy, which does not provide the rupture of pathogenetic mechanisms.

Key words: gastritis, dyspepsia, prokinetics, itopride hydrochloride, empirical treatment

Acknowledgements: The Medical Adviser's Group, represented by Ya. Pakhomova and I. Bode, assisted in the preparation of the text of the publication.

For citation: Bakulina N.V., Oganesova I.A., Topalova Yu.G., Bakulin I.G. Gastritis and dyspepsia: 2 names of one problem? Relations between predominant symptom and syndromal characteristics of upper GI disorders: results of a survey of physicians. Meditsinskiy sovet = Medical Council. 2021;(15):30-39. (In Russ.) https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-15-30-39.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Диспепсический синдром является самой частой причиной обращения пациента к гастроэнтерологу и терапевту. Что скрывается под маской диспепсических жалоб – органическая или функциональная патология? Судя по данным официальной статистики в Российской Федерации, хронический гастрит (ХГ) – наиболее часто встречающаяся нозология в амбулаторной врачебной практике [1, 2]. Следует отметить, что на сегодняшний день клинический диагноз гастрит ставится пациентам с разными патологическими состояниями и процессами. Эндоскопические признаки ХГ имеют низкую чувствительность, а некоторые из них характеризуются значительной вариабельностью и субъективностью [3]. По сложившейся практике после гастроскопии у абсолютного большинства пациентов в заключении врач-эндоскопист ставит диагноз «гастрит» или «поверхностный гастрит» и не выполняет биопсию слизистой желудка для морфологической верификации гастрита [2]. Единообразие в представлении докторов о заболевании ХГ не сформировано в полной мере.

В последнее время стали выделять особую нозологическую единицу - Helicobacter pylori (H. pylori)ассоциированную диспепсию. В клинических рекомендациях отмечается, что у части больных диспепсический синдром может быть обусловлен ХГ, ассоциированным с инфекцией, вызванной *H. pylori* [4]. Недооценка роли H. pylori может способствовать прогрессированию заболевания, развитию эрозивно-язвенного дефекта и повышать потенциальный риск развития рака желудка. Важно подчеркнуть, что диагностика у пациентов с подозрением на гастрит и функциональную диспепсию обязательно должна включать в себя уточнение H. pylori-статуса пациента. Для минимизации риска ложноотрицательных результатов следует учитывать возможное влияние лекарственных препаратов на результаты диагностических тестов. Так, назначение ИПП, антацидов, антибиотиков или препаратов висмута может привести к диагностической ошибке, несвоевременному лечению и ухудшить прогноз пациента.

Диагностический подход в случае диспепсических жалоб пациента у зарубежных коллег существенно отличается. В отсутствие морфологического подтверждения ХГ, в странах Европы пациенту устанавливается диагноз «неуточненная диспепсия» или «функциональная диспепсия» в соответствии с Римскими критериями IV [2].

Функциональная диспепсия (ФД) характеризуется гетерогенной патофизиологией [5]. В отличие от ХГ, ФД не сопровождается органическими изменениями, которые могут объяснить симптоматику. Изменения носят функциональный характер и могут быть обусловлены

замедленной моторикой или кислопродуцирующей функцией желудка. Распространенность неисследованной диспепсии в мире, по разным оценкам, может достигать до 20%, в особенности ей подвержены женщины, курильщики, а также пациенты, принимающие нестероидные противовоспалительные средства [6, 7]. ФД значительно ухудшает качество жизни пациентов [8]. ФД связана с нарушениями моторики, нарушенным опорожнением желудка, сниженной моторикой антрального отдела, нарушениями аккомодации желудка при приеме пищи [9-13]. Пациенты с замедленной моторикой, как правило, страдают в течение длительного времени. Причиной этому может быть несвоевременная диагностика моторных нарушений и, следовательно, нерациональный выбор фармакотерапии.

Таким образом, основные патогенетические механизмы у пациентов с предварительным диагнозом «гастрит» это нарушение кислотности желудка, замедленная моторика и инфекция H. pylori [1]. Для устранения повышенной кислотности в лечении используются ингибиторы протонной помпы (ИПП), нарушения моторики – прокинетики, эрадикации хеликобактера – антимикробные препараты [2]. При этом назначение ИПП в качестве стартовой терапии затрудняет последующий диагностический поиск H. pylori.

В данном исследовании мы попытались проанализировать действия врачей-терапевтов в отношении пациентов с симптомами диспепсии, оценить, как различный симптомокомплекс влияет на выбор терапии и формулировку диагноза.

Цель исследования - выявить особенности постановки предварительного диагноза по симптомам, определить возможности врачей дифференцировать клинические синдромы, подходы к эмпирической терапии (на первом приеме) и следование стратегии «тестируй и лечи», направленной на выявление *H. pylori*-ассоциированной диспепсии и гастрита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В феврале-марте 2021 г. было проведено исследование для определения стереотипов при постановке диагноза «гастрит» и «функциональная диспепсия» в повседневной практике терапевтов у пациентов с диспепсическими жалобами.

В опросе приняли участие 205 терапевтов из 33 городов России. Опрос был проведен методом Computerassisted Web Interviewing (CAWI). Каждый врач, давший согласие на участие в исследовании, получил ссылку для прохождения опроса и самостоятельно внес ответы на сформулированные исследователем вопросы. Вопросы касались предварительной диагностики заболеваний у пациентов с гастроэнтерологическими жалобами, обращающихся впервые, а также методов терапии этих заболеваний (анкета представлена в сопроводительных материалах).

В рамках опроса врачам было предложено описание трех профилей взрослых пациентов с подозрением на диагноз «гастрит», впервые обратившихся с жалобами:

Пациент № 1 описывал болевой синдром и симптомы диспепсии (замедленной моторики): жалобы на тошноту, раннее насыщение, тяжесть в эпигастральной области, боль в эпигастрии;

Пациент № 2 описывал симптомы диспепсии (замедленной моторики): жалобы на тошноту, раннее насыщение, тяжесть в эпигастральной области;

Пациент № 3 испытывал болевой синдром: жалобы на длительную, ноющую, тянущую и не связанную с приемом пищи боль в эпигастрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

В опросе приняли участие 205 терапевтов России, осуществляющих амбулаторную практику. 64% из них врачами муниципальных лечебнопрофилактических учреждений, еще 31% работают в коммерческом сегменте, 5% совмещают практику в государственных и частных клиниках. Из 205 терапевтов 58 были из г. Москвы, 23 – из г. Санкт-Петербурга, 71 – из городов с населением более 1 млн человек, 53 - из городов с населением более 500 тыс. человек. В результате исследования были проанализированы следующие данные:

- встречаемость гастроэнтерологических жалоб у пациентов на первичном приеме;
- рейтинг диагнозов, которые предполагаются врачом на основании комбинации симптомов;
- перечень препаратов и их комбинаций, предполагаемых для терапии.

Чаще всего пациенты, обращающиеся к врачам с гастроэнтерологическими жалобами, имеют сразу несколько симптомов. Среднемесячное число пациентов, обращающихся к терапевту впервые с гастроэнтерологическими жалобами, составило 41 человек. Боль в эпигастрии, тяжесть в животе, вздутие в животе - наиболее часто встречающиеся симптомы у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями. Более половины пациентов страдали от боли в эпигастрии (23) и тяжести в животе (21), почти половина (18) от вздутия живота, треть (13) - от тошноты. Часть пациентов (8) беспокоило раннее насыщение.

Ввиду того что проведенный опрос состоял из вопросов в свободной форме, близкие по смыслу ответы объединяли в одну категорию диагнозов. Так, в категорию «Гастрит» включали следующие диагнозы, указанные респондентами: хронический гастрит, ассоциированный с H. pylori, гастрит, ассоциированный с H. pylori, гастрит, хронический гастрит, гастродуоденит, хронический гастрит (обострение), острый гастрит, эрозивный гастрит, хронический гастродуоденит, поверхностный гастрит, атрофический гастрит, хронический гастродуоденит, гипоацидный гастрит, гастропатия, острый гастродуоденит, эрозивный гастрит, хронический гастродуоденит (обострение), гастрит со сниженной кислотностью, рефлюкс-гастрит, H. pylori, гастродуоденит, острый гастродуоденит (обострение), НПВС-гастропатия.

В категорию «Неуточненная диспепсия» определяли следующие диагнозы: функциональная диспепсия, диспепсия, неязвенная диспепсия, функциональное нарушение, функциональная неязвенная диспепсия, диспепсия неуточненная, функциональное расстройство, постпрандиальный дистресс-синдром.

На рис. 1 представлено мнение врачей о диагнозе пациента № 1 (болевой синдром, симптомы замедленной моторики). Представлены ответы на вопрос: «Взрослый пациент, обратившийся впервые, с жалобами на тошноту, раннее насышение, тяжесть в эпигастральной области. боль в эпигастрии. Какой предварительный диагноз (диагнозы) можно предположить у такого пациента?» В качестве наиболее вероятного диагноза «гастрит» высказалась половина респондентов. Выбор в пользу неуточненной диспепсии сделали 14% врачей. При этом неуточненную диспепсию, как один из возможных диагнозов, выбрали 28% врачей.

Несмотря на однозначное описание симптомов замедленной моторики, три наиболее часто предполагаемых диагноза не отражают наличие этой проблемы: 84% врачей отметило гастрит в качестве одного из возможных диагнозов, 45% – язвенную болезнь, 33% – панкреатит. Следует отметить, что среди изложенных симптомов для пациента № 1 отсутствуют характерные симптомы язвенной болезни и панкреатита.

Анализ ответа на вопрос: «Взрослый пациент, обратившийся впервые, с жалобами на тошноту, раннее насыщение, тяжесть в эпигастральной области, боль в эпигастрии. Какие препараты вы порекомендуете пациенту на первичном приеме?» позволил выявить предпочтения докторов. Мнение врачей о подходах к лечению пациента № 1: ИПП (рабепразол, 43%); антациды (43%); панкреатин (42%).

Следует отметить, что в описании клинического случая отсутствует изжога, при этом врачи в 43% случаев назначают препараты из группы антацидов, которые главным образом борются именно с проявлениями изжоги (рис. 2). В тех случаях, когда в качестве первого был предложен диагноз «неуточненная диспепсия» (14%), врачи выбирали итоприда гидрохлорид (59%). Однако большинство врачей предпочли иную терапию, в связи с чем в 62% случаев пациенты с жалобами на симптомы замедленной моторики (тяжесть, тошнота, раннее насыщение) остаются без терапии прокинетиками, рациональной при подобных симптомах.

Мнение врачей о диагнозе для пациента № 2 с симптомами замедленной моторики показаны на рис. 3. Представлены ответы на вопрос: «Взрослый пациент, обратившийся впервые, с жалобами на тошноту, раннее насыщение, тяжесть в эпигастральной области. Какой предварительный диагноз (диагнозы) можно предположить у такого пациента?» Наиболее часто предполагаемый первый диагноз - «гастрит» (51%). Неуточненную диспепсию в качестве первого диагноза предположили 18% врачей. В качестве одного из диагнозов гастрит предположили 80% респондентов, а диспепсию – 34%.

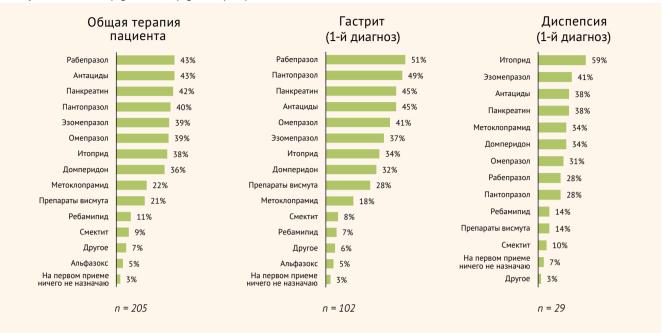
Таким образом, при отсутствии жалоб на боль в эпигастрии доля врачей, предполагающих неуточненную диспепсию в качестве первого диагноза, возрастает, однако 66% врачей вовсе не предположили этот диагноз при очевидных для данного состояния проявлениях. Следует также отметить, что доля врачей, предполагающих диагноз гастрит для первого и второго профиля пациентов, эквивалентна (50-51%), хотя жалобы пациентов отличались.

Мнение врачей о подходах к лечению пациента № 2 (*puc. 4*) отражают ответы на вопрос: «Взрослый пациент, обратившийся впервые, с жалобами на тошноту, раннее насыщение, тяжесть в эпигастральной области. Какие препараты вы порекомендуете пациенту на первичном приеме?». Анализ ответов показал, что 46% вра-

- *Рисунок 1.* Диагнозы, предложенные для пациента № 1 с болевым синдромом и симптомами замедленной моторики (тошнота, раннее насыщение, тяжесть в эпигастральной области, боль в эпигастрии)
- Figure 1. Diagnoses suggested for patient № 1 with pain syndrome and delayed motility symptoms (nausea, early satiety, heaviness in epigastrium, epigastric pain)



- Рисунок 2. Варианты лечения, предложенные для пациента № 1 с болевым синдромом и симптомами замедленной моторики (тошнота, раннее насыщение, тяжесть в эпигастральной области, боль в эпигастрии)
- Figure 2. Treatment options suggested for patient Nº 1 with pain syndrome and delayed motility symptoms (nausea, early satiety, heaviness in epigastrium, epigastric pain)



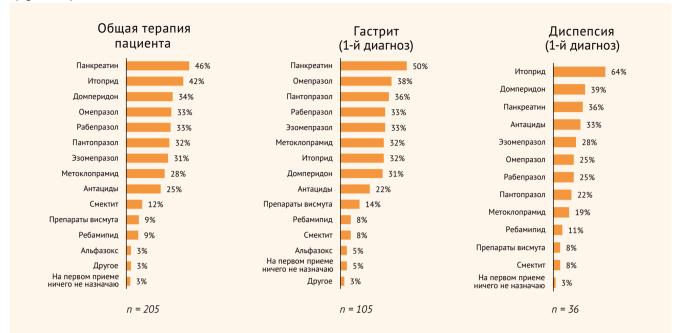
- *Рисунок 3.* Диагнозы, предложенные для пациента № 2 с симптомами замедленной моторики (тошнота, раннее насыщение, тяжесть в эпигастральной области)
- Figure 3. Diagnoses suggested for patient № 2 with delayed motility symptoms (nausea, early satiety, heaviness in epigastrium)



чей рекомендовали использовать панкреатин, 42% – итоприда гидрохлорид, 34% – домперидон.

В случае предположения неуточненной диспепсии в качестве первого диагноза (36 врачей) 64% респондентов предлагали в качестве первого препарата итоприда гидрохлорид. В случае выбора гастрита в качестве первого диагноза 50% опрошенных предлагали начинать лечение панкреатином, а использовать прокинетик итоприда гидрохлорид предложили только 32% врачей. Таким образом, несмотря на симптом «раннее насыщение», врачи в 46% случаев назначали ферментные препараты без верификации ферментной недостаточности и без указания на переедание. В случае предположения «неуточненная диспепсия» первым диагнозом, прокинетик итоприда гидрохлорид занимал лидирующую позицию (64%).

- Рисунок 4. Варианты лечения, предложенные для пациента № 2 с симптомами замедленной моторики (тошнота, раннее насышение, тяжесть в эпигастральной области)
- Figure 4. Treatment options suggested for patient № 2 with delayed motility symptoms (nausea, early satiety, heaviness in epigastrium)



- Рисунок 5. Диагнозы, предложенные для пациента № 3 с болевым синдромом (длительная, ноющая, тянущая и не связанная с приемом пищи боль в эпигастрии)
- Figure 5. Diagnoses suggested for patient № 3 with pain syndrome (prolonged, nagging, dragging pain and pain not related to eating in epigastrium)

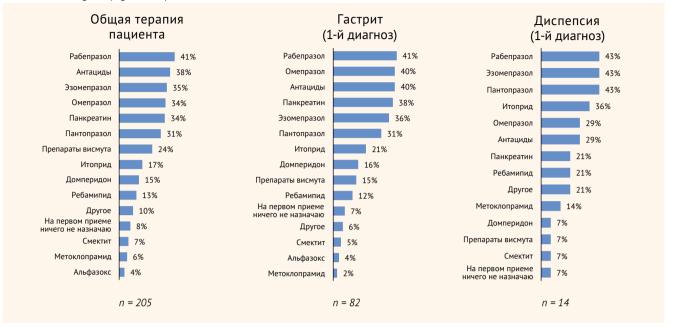


Мнение врачей о диагнозе для пациента № 3 с болевым синдромом (ответ на вопрос: «Взрослый пациент, обратившийся впервые, с жалобами на боль в эпигастрии, при этом боль длительная, ноющая, тянущая и не связана с приемом пищи. Какой предварительный диагноз (диагнозы) можно предположить у такого пациента?») представлено на рис. 5. Наиболее часто предполагаемым диагнозом и в этом случае оказался гастрит

(40%). Однако 21% респондентов выбрали в качестве первого диагноза язвенную болезнь, 9% врачей предположили панкреатит.

Таким образом, при акценте на боль врачи более часто предполагали язвенную болезнь и панкреатит, несмотря на четкое отсутствие связи болевого синдрома с приемом пищи. При лидирующих позициях диагноза «гастрит» для данного пациента было предложено много

- *Рисунок 6. В*арианты лечения, предложенные для пациента № 3 с болевым синдромом (длительная, ноющая, тянущая и не связанная с приемом пищи боль в эпигастрии)
- Figure 6. Treatment options suggested for patient № 3 with pain syndrome (prolonged, nagging, dragging pain and pain not related to eating in epigastrium)



альтернатив более серьезных патологий, в т. ч. онкологических и сердечно-сосудистых.

Мнение врачей о подходах к лечению пациента № 3 представлено на рис. 6. Данной категории больных врачи считали целесообразным назначить ИПП (рабепразол -41%) и антациды - 38%, несмотря на отсутствие симптомов изжоги.

На рис. 6 представлены ответы на вопрос: «Взрослый пациент, обратившийся впервые, с жалобами на боль в эпигастрии, при этом боль длительная, ноющая, тянущая и не связана с приемом пищи. Какие препараты вы порекомендуете пациенту на первичном приеме?»

За рамками трех профилей пациентов в опроснике было предложено назначить пациентам исследование с целью выявления инфекции H. pylori. Оказалось, что чем шире спектр симптомов у пациента, тем выше было намерение врача заподозрить инфекцию: 70% опрошенных предложили провести диагностику пациенту № 1 (болевой синдром + замедленная моторика), 51% - пациенту №3 (болевой синдром), 47% – пациенту № 2 (замедленная моторика). Каждый 5-й терапевт предложил направить пациента к гастроэнтерологу. Таким образом, у пациентов с очевидной симптоматикой гастрита в половине случаев врачи не предлагали проведение диагностики инфекции H. pylori. В случае выявления инфекции врачи предлагали назначение препаратов для эрадикации каждому пациенту, при этом наиболее популярной фармакологической группой были ИПП (91%). Однако каждый десятый врач предполагал проведение эрадикации без ИПП.

Половина опрошенных врачей (48%) отдали предпочтение схемам с амоксициллином, кларитромицином и ИПП. Некоторые врачи также предложили дополнить стандартную тройную терапию препаратами висмута (25%). Треть опрошенных (35%) предложили использовать схемы с амоксициллином/клавуланатом, что необоснованно ввиду отсутствия у H. pylori выработки фермента бета-лактамазы и ведет к прогнозируемому ухудшению переносимости схемы эрадикации. Только 1% врачей предложил использовать стандартную квадротерапию в качестве основной схемы лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Гастрит, функциональная диспепсия, H. pylori-ассоциированная диспепсия – диагнозы, имеющие четкую характеристику, однако в условиях реальной практики ввиду схожей клинической картины дифференциация на первичном приеме вызывает затруднения. В нашей стране сложилась привычная практика при первом контакте с необследованным пациентом, испытывающим боль в эпигастрии и/ или диспепсию, использовать диагноз «гастрит».

Исходя из результатов данного исследования, можно заключить, что каждый второй пациент на приеме у врачатерапевта с жалобами на гастроэнтерологические симптомы испытывает проявления замедленной моторики желудка. В большинстве случаев врачи склонны ставить такому пациенту диагноз «гастрит». За диагнозом «гастрит» может скрываться множество различных патологических состояний. Следует четко определять природу и характер нарушений у каждого конкретного пациента. Несвоевременная или некорректная диагностика инфекции H. pylori может существенно ухудшить течение заболевания и прогноз пациента. Отсутствие внимания к проявлениям замедленной моторики не позволит добиться клинической ремиссии в полной мере. В связи с этим диагностические процедуры должны быть выполнены

в полном объеме, а назначение лекарственных препаратов – четко обоснованны с точки зрения патогенеза заболевания и лидирующего синдрома. Чаще всего пациенту с любыми проявлениями назначают ИПП, которые влияют на результаты диагностических тестов.

Для терапии моторных нарушений желудка единственным актуальным на сегодняшний день классом препаратов являются прокинетики, что доказано систематическим обзором и метаанализом, включавшим 29 исследований прокинетических агентов у пациентов с ФД. Прокинетики оказались достоверно эффективнее плацебо, общее улучшение симптомов при использовании прокинетиков наблюдалось у 40% пациентов с ФД против 26% в группе плацебо [14].

В России одобрено 3 препарата, относящихся к прокинетикам согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации Всемирной организации здравоохранения: метоклопрамид, домперидон и итоприда гидрохлорид. Применение некоторых прокинетиков имеет ряд ограничений. Длительное применение метоклопрамида и домперидона чревато значительными нежелательными явлениями: гинекомастией, галактореей, нарушениями менструального цикла, а также экстрапирамидными симптомами в случае метоклопрамида. Использование данных препаратов ограничивается 5-7 днями [15]. Ввиду хронического течения ФД и ХГ пациентам требуется длительная терапия, что делает необходимым взвешенный выбор прокинетика с позиции соотношения эффективности и безопасности применения препарата.

В отличии от метоклопрамида и домперидона, итоприда гидрохлорид возможно применять неопределенно долго. Длительность лечения определяется клинической ситуацией, не ограничена инструкцией по применению препарата. Эффективность итоприда гидрохлорида подтверждена множеством тщательно спланированных исследований, соответствующих критериям качественной клинической практики. В метаанализе X. Huang et al. [16] итоприда гидрохлорид показывает превосходство над домперидоном, мозапридом и плацебо-контролем в облегчении симптомов замедленной моторики. Недавно опубликованный метаанализ A.C. Ford et al. [17], рассматривающий различные фармакологические агенты для лечения симптомов диспепсии, показал, что итоприда гидрохлорид, в отличие от домперидона, оказывает значимый клинический эффект в сравнении с плацебо-контролем.

По результатам исследований, в т. ч. проведенных с включением российских пациентов, итоприда гидрохлорид включен в зарубежные российские клинические рекомендации [4].

В нашем исследовании, согласно результатам проведенного опроса, более половины всех пациентов с гастроэнтерологическими жалобами на приеме у терапевта составляют пациенты с симптомами замедленной моторики. Тяжесть в эпигастральной области превалировала среди жалоб и занимала лидирующие позиции наряду с эпигастральной болью. При этом в половине случаев врачи были склонны диагностировать «гастрит» (50-51% случаев). Большинство врачей воспринимало диагноз «гастрит» как легко протекающее заболевание. В то же время данный диагноз следует оценивать синдромально, а при наличии признаков замедленной моторики назначать соответствующую терапию прокинетиками [1], причем как при диспепсии с преобладанием болей (синдром эпигастральной боли), так и при диспепсии с преобладанием ощущения тяжести и переполненности желудка (постпрандиальный дистресс-синдром). Прокинетические агенты способствуют физиологическому расслаблению верхних отделов ЖКТ и своевременному опорожнению желудка [1], ввиду чего играют важную роль в комплексной терапии как ФД, так и ХГ с диспепсическим синдромом.

В отсутствие результатов лабораторных исследований на основании жалоб пациента терапевты чаще всего были склонны предполагать сразу несколько диагнозов (в среднем 3 заболевания).

Патогенетически необоснованный выбор фармакотерапии может привести к удлинению течения заболевания или его ухудшению. Рациональный выбор фармакотерапии должен быть направлен на разрыв патогенетических звеньев заболевания. Вследствие чего отдельно следует отметить «гипериспользование» антацидов. У пациентов предложенных клинических профилей назначение антацидов при отсутствии симптомов изжоги приводит к перерасходу ресурсов здравоохранения, личных затрат пациента, существенно не влияет на качество жизни, но при этом не прерывает патологический процесс. Результаты опроса свидетельствуют о недостаточной осведомленности врачейтерапевтов о симптомах замедленной моторики. Это приводит к назначению симптоматической фармакотерапии, не обеспечивающей разрыв патогенетических механизмов.

Следует отметить, что в большинстве случаев (92-97%) терапевты назначали эмпирическую терапию до получения результатов диагностических тестов. При выборе стартового препарата на этапе диагностического поиска важно учитывать его возможное влияние на результаты тестов. Пациентам с подозрением на гастрит необходимо исключить присутствие инфекции H. pylori в рамках стратегии канцеропревенции. Несмотря на необходимость исследования на инфекцию H. pylori, большинство врачей были готовы назначить ИПП и антациды на первом приеме. Назначение ИПП, антибиотиков, препаратов висмута и антацидов может провоцировать ложноотрицательные результаты при тестировании на *H. pylori*. В ситуации первого приема пациента с подозрением на гастрит и при наличии симптомов замедленной моторики подходящим выбором являются препараты из группы прокинетиков, главным образом - итоприда гидрохлорид (Ганатон®), доказавший свою клиническую эффективность и являющийся единственным доступным на российском рынке прокинетиком без кардиотоксических эффектов, присущих другим представителям этой группы. Выбор корректной фармакотерапии при ФД и ХГ может быть затруднен, несмотря на рост распространенности данных заболеваний [18]. В то же время соответствующая терапия критически важна для последующего прогноза пациентов [18]. Диагноз «ФД» в России устанавливается относительно редко: как правило, врачи склонны устанавливать диагноз «ХГ» [19], что нашло свое под-

тверждение в данном исследовании. Дифференциальная диагностика между ФД и ХГ является непростым вопросом. Следует иметь в виду, что диагноз «гастрит» без морфологического исследования не имеет смысла, т. к. жалобы пациента в большинстве случаев носят функциональный и субъективный характер [1, 19].

Клинические проявления ХГ лишены нозоспецифичности, индивидуальны и могут вызывать как местные, так и общие расстройства, проявляющиеся в периоды обострений. Местные симптомы связаны в большей степени с нарушением эвакуации химуса из желудка и синдромом замедленной моторики, которая может быть одним из ведущих патогенетических факторов ХГ. Моторика желудка регулируется вегетативной нервной системой, влияющей на активность гладких мышц. Кроме того, в контроле эвакуации из желудка могут участвовать интерстициальные клетки Кахаля, например за счет механочувствительности, определенных типов нервномышечной передачи и участия в фазовых сокращениях антрального отдела желудка [20].

Симптомы замедленной моторики проявляются тяжестью и болевым синдромом в эпигастральной области, отрыжкой, тошнотой, рвотой. Тяжесть в эпигастральной области и изжогу при этом необходимо отличать от симптомов других заболеваний (как связанных с нарушениями в работе пищеварительного тракта, так и, например, сердечно-сосудистых), а без гистологического исследования однозначно утверждать о наличии у пациента атрофии, эрозии или язвенного компонента невозможно.

ВЫВОДЫ

Этиология ХГ, как правило, связана с инфекцией H. pylori, хотя и не исключает других причин хронического воспаления в желудке (например, аутоиммунной или химико-токсикологической природы) [21]. При выявлении инфекции H. pylori необходимо обязательное проведение соответствующей эрадикационной терапии в соответствии с рекомендациями РГА.

ФД и ХГ характеризуются комплексным патогенезом, механизмы которого до конца неясны. Как следствие, терапия пациентов с данными заболеваниями должна быть основана на международных рекомендациях и адаптирована к индивидуальным потребностям пациентов в соответствии с жалобами и индивидуальными рисками.

> Поступила / Received 14.08.2021 Поступила после рецензирования / Revised 31.08.2021 Принята в печать / Accepted 03.09.2021

Список литературы

- 1. Вялов С.С. Хронический гастрит: клинические варианты и лечение. Consilium Medicum. 2017;19(8):103-109. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskiy-gastrit-klinicheskie-varianty-i-lechenie.
- 2. Симаненков В.И., Вялов С.С. Хронический гастрит: инструкции по применению лекарственных препаратов. Терапевтический архив. 2017;89(8):129-133. https://doi.org/10.17116/terarkh2017898129-133.
- Laine L., Cohen H., Sloane R., Marin-Sorensen M., Weinstein W.M. Interobserver agreement and predictive value of endoscopic findings for H nylori and gastritis in normal volunteers. Gastrointest Endosc 1995;42(5):420-423. https://doi.org/10.1016/s0016-5107(95)70043-9.
- 4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Трухманов А.С., Картавенко И.М. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017;27(1):50-61. Режим доступа: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/123/98.
- Talley NJ., Ford A.C. Functional Dyspepsia. N Engl J Med. 2015;373(19): 1853-1863. https://doi.org/10.1056/NEJMra1501505.
- Ford A.C., Marwaha A., Sood R., Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: A meta-analysis, Gut. 2015;64(7):1049-1057. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2014-307843.
- Aziz I., Palsson O.S., Törnblom H., Sperber A.D., Whitehead W.E., Simrén M. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK: a cross-sectional population-based study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018;3(4):252-262. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(18)30003-7.
- Hantoro I.F., Syam A.F., Mudjaddid E., Setiati S., Abdullah M. Factors associated with health-related quality of life in patients with functional dyspepsia. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):83. https://doi.org/10.1186/ s12955-018-0913-z.
- Vanheel H., Carbone F., Valvekens L., Simren M., Tornblom H., Vanuytsel T. et al. Pathophysiological Abnormalities in Functional Dyspepsia Subgroups According to the Rome III Criteria. Am J Gastroenterol. 2017;112(1):132-140. https://doi.org/10.1038/ajg.2016.499.
- 10. Karamanolis G., Caenepeel P., Arts J., Tack J. Association of the predominant symptom with clinical characteristics and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. Gastroenterology. 2006;130(2):296-303. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.10.019.
- 11. Ly H.G., Weltens N., Tack J., Van Oudenhove L. Acute Anxiety and Anxiety Disorders Are Associated With Impaired Gastric Accommodation

- in Patients With Functional Dyspepsia. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015;13(9):1584-1591.e3. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.03.032.
- 12. Ouartero A.O., de Wit NJ., Lodder A.C., Numans M.E., Smout AJ., Hoes A.W. Disturbed solid-phase gastric emptying in functional dyspepsia: A metaanalysis. Dig Dis Sci. 1998;43(9):2028-2033. https://doi.org/10.1023/a: 1018803129779.
- 13. Delgado-Aros S., Camilleri M., Cremonini F., Ferber I., Stephens D., Burton D.D. Contributions of gastric volumes and gastric emptying to meal size and postmeal symptoms in functional dyspensia. Gastroenterology 2004;127(6):1685-1694. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2004.09.006.
- 14. Pittayanon R., Yuan Y., Bollegala N.P., Khanna R., Lacy B.E., Andrews C.N. et al. Prokinetics for Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. Am J Gastroenterol. 2019;114(2):233-243. https://doi.org/10.1038/s41395-018-0258-6.
- 15. Oh J.H., Kwon J.G., Jung H.K., Tae C.H., Song K.H., Kang SJ. et al. Clinical practice guidelines for functional dyspepsia in Korea. J Neurogastroenterol Motil. 2020;26(1):29-50. https://doi.org/10.5056/jnm19209.
- 16. Huang X., Lv B., Zhang S., Fan Y.H., Meng L.N. Itopride therapy for functional dyspepsia: A meta-analysis. World J Gastroenterol. 2012;18(48):7371-7377. https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i48.7371.
- 17. Ford A.C., Moayyedi P., Black C.J., Yuan Y., Veettil S.K., Mahadeva S. et al. Systematic review and network meta-analysis: efficacy of drugs for functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2021;53(1):8-21. https://doi. org/10.1111/apt.16072.
- 18. Yamawaki H., Futagami S., Wakabayashi M., Sakasegawa N., Agawa S., Higuchi K, et al. Management of functional dyspensia: state of the art and emerging therapies. Ther Adv Chronic Dis. 2018;9(1):23-32. https://doi. org/10.1177/2040622317725479.
- 19. Маев И.В., Самсонов А.А., Буеверов А.О., Кочетов С.А. Место прокинетиков в последних алгоритмах диагностики и лечения функциональной диспепсии. РМЖ. 2010;(9):549. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/ gastroenterologiya/Mesto_prokinetikov_v_poslednih_algoritmah_ diagnostiki_i_lecheniya_funkcionalynoy_dispepsii/#ixzz755z0qR1s.
- 20. Goyal R.K., Guo Y., Mashimo H. Advances in the physiology of gastric emptying. Neurogastroenterol Motil. 2019;31(4):e13546. https://doi.org/10.1111/ nmo.13546.
- 21. Минушкин О.Н. Хронический гастрит: представления, диагностика, лечебные подходы. Медицинский совет. 2007;(3):71-76. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskiy-gastrit-predstavleniyadiagnostika-lechebnye-podhody.

References

- 1. Vialov S.S. Chronic gastritis: clinical variants and threatment. Consilium Medicum, 2017:19(8):103-109. (In Russ.) Available at: https://cvberleninka. ru/article/n/hronicheskiy-gastrit-klinicheskie-varianty-i-lechenie.
- Simanenkov V.I., Vyalov S.S. Chronic gastritis: instructions for use of medications. Terapevticheskii arkhiv = Therapeutic Archive. 2017;89(8):129-133. https://doi.org/10.17116/terarkh2017898129-133.
- 3. Laine L., Cohen H., Sloane R., Marin-Sorensen M., Weinstein W.M. Interobserver agreement and predictive value of endoscopic findings for H. pylori and gastritis in normal volunteers. Gastrointest Endosc. 1995;42(5):420-423. https://doi.org/10.1016/s0016-5107(95)70043-9.
- Ivashkin V.T., Mayev I.V., Sheptulin A.A., Lapina T.L., Trukhmanov A.S., Kartavenko I.M. et al. Diagnosis and treatment of the functional dyspepsia: clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association. Rossiyskiy zhurnal gastroehnterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2017;27(1):50-61. (In Russ.) Available at: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/123/98.
- Talley N.J., Ford A.C. Functional Dyspepsia. N Engl J Med. 2015;373(19):1853-1863. https://doi.org/10.1056/NEJMra1501505.
- Ford A.C., Marwaha A., Sood R., Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: A meta-analysis. Gut. 2015;64(7):1049-1057. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2014-307843.
- Aziz I., Palsson O.S., Törnblom H., Sperber A.D., Whitehead W.E., Simrén M. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK: a cross-sectional population-based study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018;3(4):252-262. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(18)30003-7.
- Hantoro I.F., Syam A.F., Mudjaddid E., Setiati S., Abdullah M. Factors associated with health-related quality of life in patients with functional dyspepsia. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):83. https://doi.org/10.1186/ s12955-018-0913-z.
- Vanheel H., Carbone F., Valvekens L., Simren M., Tornblom H., Vanuytsel T. et al. Pathophysiological Abnormalities in Functional Dyspepsia Subgroups According to the Rome III Criteria. Am J Gastroenterol. 2017;112(1):132-140. https://doi.org/10.1038/ajg.2016.499.
- 10. Karamanolis G., Caenepeel P., Arts J., Tack J. Association of the predominant symptom with clinical characteristics and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. Gastroenterology. 2006;130(2):296-303. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.10.019.
- 11. Ly H.G., Weltens N., Tack J., Van Oudenhove L. Acute Anxiety and Anxiety Disorders Are Associated With Impaired Gastric Accommodation

- in Patients With Functional Dyspepsia. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015:13(9):1584-1591.e3. https://doi.org/10.1016/i.cah.2015.03.032.
- 12. Quartero A.O., de Wit N.L. Lodder A.C., Numans M.E., Smout A.J., Hoes A.W. Disturbed solid-phase gastric emptying in functional dyspepsia: A metaanalysis. Dig Dis Sci. 1998;43(9):2028-2033. https://doi.org/10.1023/a: 1018803129779
- 13. Delgado-Aros S., Camilleri M., Cremonini F., Ferber I., Stephens D., Burton D.D. Contributions of gastric volumes and gastric emptying to meal size and postmeal symptoms in functional dyspensia. Gastroenterology. 2004;127(6):1685-1694. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2004.09.006.
- 14. Pittayanon R., Yuan Y., Bollegala N.P., Khanna R., Lacy B.E., Andrews C.N. et al. Prokinetics for Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. Am J Gastroenterol. 2019;114(2):233 - 243. https://doi.org/10.1038/s41395-018-0258-6.
- 15. Oh J.H., Kwon J.G., Jung H.K., Tae C.H., Song K.H., Kang S.J. et al. Clinical practice guidelines for functional dyspepsia in Korea. J Neurogastroenterol Motil. 2020;26(1):29-50. https://doi.org/10.5056/jnm19209.
- 16. Huang X., Lv B., Zhang S., Fan Y.H., Meng L.N. Itopride therapy for functional dyspepsia: A meta-analysis. World J Gastroenterol. 2012;18(48):7371–7377. https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i48.7371.
- 17. Ford A.C., Moayyedi P., Black C.J., Yuan Y., Veettil S.K., Mahadeva S. et al. Systematic review and network meta-analysis: efficacy of drugs for functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2021;53(1):8-21. https://doi. org/10.1111/apt.16072.
- 18. Yamawaki H., Futagami S., Wakabayashi M., Sakasegawa N., Agawa S., Higuchi K, et al. Management of functional dyspepsia: state of the art and emerging therapies. Ther Adv Chronic Dis. 2018;9(1):23-32. https://doi. org/10.1177/2040622317725479.
- 19. Mayev I.V., Samsonov A.A., Bueverov A.O., Kochetov S.A. The place of prokinetics in the latest algorithms for the diagnosis and treatment of functional dyspepsia. RMZh = RMJ. 2010;(9):549. (In Russ.) Available at: https://www. rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Mesto_prokinetikov_v_poslednih_algoritmah_diagnostiki_i_lecheniya_funkcionalynoy_dispepsii/#ixzz755z0qR1s.
- 20. Goyal R.K., Guo Y., Mashimo H. Advances in the physiology of gastric emptying. Neurogastroenterol Motil. 2019;31(4):e13546. https://doi.org/10.1111/ nmo.13546.
- 21. Minushkin O.N. Chronic gastritis: representations, diagnostics, therapeutic approaches. Meditsinskiy sovet = Medical Council. 2007;(3):71-76. (In Russ.) Available at: https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskiy-gastritpredstavleniya-diagnostika-lechebnye-podhody.

Информация об авторах:

Бакулина Наталья Валерьевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии и клинической фармакологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; nv bakulina@mail.ru Оганезова Инна Андреевна, д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии имени С.М. Рысса, Ученый секретарь диссертационного совета, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; oganezova@rambler.ru

Топалова Юлия Геннадьевна, ординатор, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; juliaklukvina11@rambler.ru

Бакулин Игорь Геннадьевич, д.м.н., профессор, декан лечебного факультета, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии имени С.М. Рысса, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; igbakulin@yandex.ru

Information about the authors:

Natalia V. Bakulina, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Internal Medicine and Clinical Pharmacology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia; nv_bakulina@mail.ru

Inna A. Oganesova, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Internal Medicine, Gastroenterology and Dietetics named after S.M. Ryss, Academic Secretary of the Dissertation Council, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia; oganezova@rambler.ru

Yulia G. Topalova, Resident, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia; juliaklukvina11@rambler.ru

Igor G. Bakulin, Dr. Sci. (Med.), Professor, Dean of the Faculty of Medicine, Head of the Department of Internal Medicine, Gastroenterology and Dietetics named after S.M. Ryss, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia; iqbakulin@yandex.ru