

Каримов Мирвосит Мирвосикович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий отдела гастроэнтерологии
Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра
Терапии и Медицинской Реабилитации (РСНПМЦТ и МР)., Республика Узбекистан

Зуфаров Пулат Саатович

доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии
Ташкентской Медицинской Академии., Республика Узбекистан

Якубоа Абдужалол Вахабович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии
Ташкентской Медицинской Академии., Республика Узбекистан

Арипджанова Шахло Сардаровна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры клинической фармакологии
Ташкентской Медицинской Академии., Республика Узбекистан

Саидова Шахноза Ариповна

кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры клинической фармакологии
Ташкентской Медицинской Академии., Республика Узбекистан

Пулатова Наргиза Ихсановна

доктор медицинских наук, доцент кафедры клинической фармакологии
Ташкентской Медицинской Академии., Республика Узбекистан

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГАСТРИТОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ**

Согласно рекомендациям согласительного совещания Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (Римские критерии IV, 2016 г.) [1] ФД представляет собой состояние, которое характеризуется одним или более из следующих симптомов:

постпрандиальное чувство переполнения, раннее насыщение, эпигастральная боль или жжение, которые нельзя объяснить после рутинного клинического обследования [2, 3].

Примерно 20–30% населения постоянно или периодически испытывают диспептические симптомы. При этом, как показали исследования, меньшая часть (35 – 40%), приходится на группу заболеваний, входящих в группу органической диспепсии, а большая часть (60 – 65%) – на долю функциональной диспепсии (ФД) [4]. Наличие диспептических жалоб существенно снижает качество жизни таких больных [5]. Примерно каждый второй пациент с диспепсией рано или поздно обращается за медицинской помощью в течение жизни. Боль и страх перед серьезными заболеваниями являются основными причинами обращения за медицинской консультацией [6].

Имеются доказательства нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе функциональной диспепсии. Роль инфекции *H.pylori* при ФД является спорной. Накопленные в настоящее время данные не дают оснований считать *H.pylori* существенным этиологическим фактором возникновения диспептических расстройств у большинства больных с функциональной диспепсией. Проведение эрадикации может оказаться полезным лишь у части таких пациентов [7].

В Узбекистане по данным Центра Здоровья МЗ РУз диагноз «функциональная диспепсия» по МКБ 10 (K30), несмотря на имеющиеся клинические проявления, ставится очень редко, во много раз чаще употребляется диагноз «хронический гастрит». Хронический гастрит, проявляющийся стойким структурным изменением слизистой желудка, чаще всего не имеет клинических проявлений. В западных странах диагноз «хронический гастрит» в последнее время ставится редко, врач обычно ориентируется на симптоматику заболевания и на её основании применяет термин «функциональная диспепсия». В Японии, стране с наибольшей частотой рака желудка, диагнозы «хронический гастрит» и «функциональная диспепсия» комбинируют, указывая тем самым на наличие или отсутствие

изменений слизистой оболочки желудка и/или соответствующих клинических симптомов [8].

Цель исследования: Изучение распространенности хронических гастритов и ФД в Ташкенте и регионах Узбекистана; изучение клинической оценки эффективности препарата “Гастритол” для лечения ФД.

Материал и методы: В исследование было включено 621 пациент в возрасте с 19 до 80 лет, средний возраст $45 \pm 16,5$. Всем больным было проведено анкетирование с помощью специального опросника, где изучалась вероятность наличия кислотозависимых заболеваний, в том числе и ФД. Согласно опроснику, синдром боли в эпигастрии регистрировали в тех случаях, когда у больного, по меньшей мере 1 раз в неделю отмечались умеренные или выраженные боли, или чувство жжения в эпигастральной области. При этом боли не носили постоянный характер, были связаны с приемом пищи или возникали натощак, не локализовались в других отделах живота, не уменьшались после дефекации и не сопровождалась признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди. Синдром боли в эпигастрии часто сочетался с постпрандиальным дистресс-синдромом.

В свою очередь постпрандиальный дистресс-синдром регистрировали в тех ситуациях, когда у больного по меньшей мере несколько раз в неделю после еды, при приеме обычного объема пищи возникало чувство переполнения в эпигастрии или раннее насыщение. При этом постпрандиальный дистресс-синдром иногда сочетался с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии. Оценку симптоматики производили по 3-х балльной системе, где: 0-отсутствие симптома; 1-маловыраженная, периодическая симптоматика—редко; 2-средней степени выраженная симптоматика— достаточно часто; 3-выраженная, постоянная симптоматика — постоянно.

Результаты исследований и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что подавляющее большинство респондентов с симптомами кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта

были жители города Ташкента- 472. Остальные лица были из города Самарканда -71, Андижана -80 и Бухары -95.

Гендерные показатели обследованных больных не показали значительного различия по полу: из 621 лиц 49,3%- составляли лица мужского пола, а 50,7%– женского пола (рис. 1).

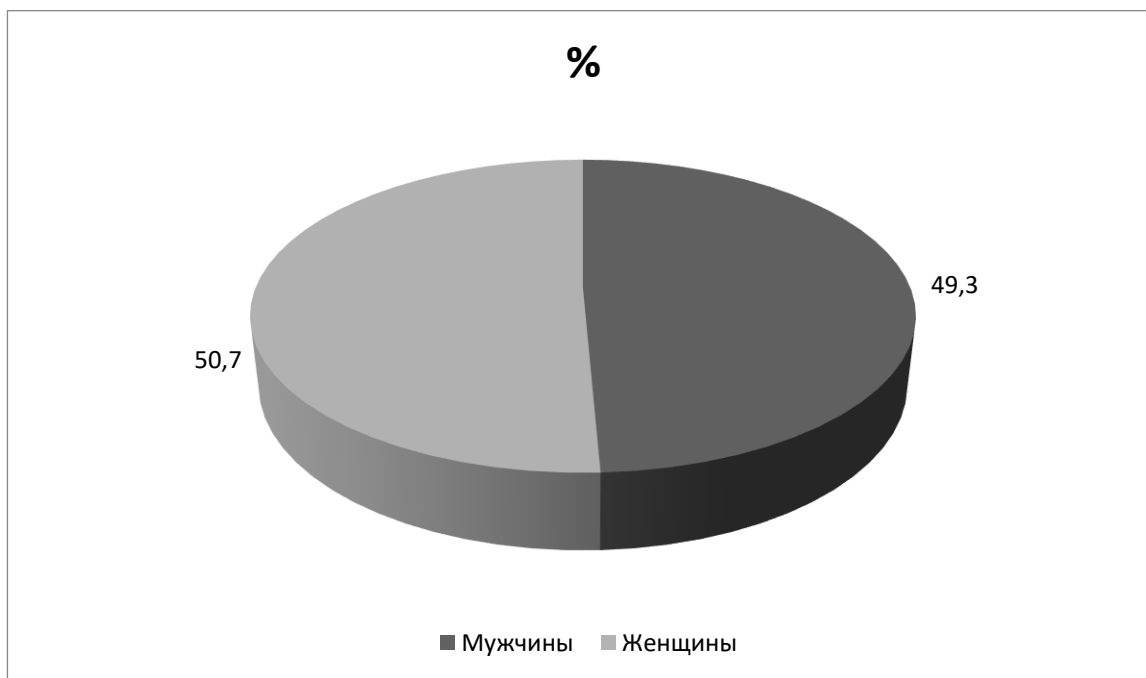


Рис. 1. Распределение больных по полу

Исследования по возрастным градациям показали превалирование лиц старшей возрастной группы с пиком заболеваемости 35-45 лет (рис.2).

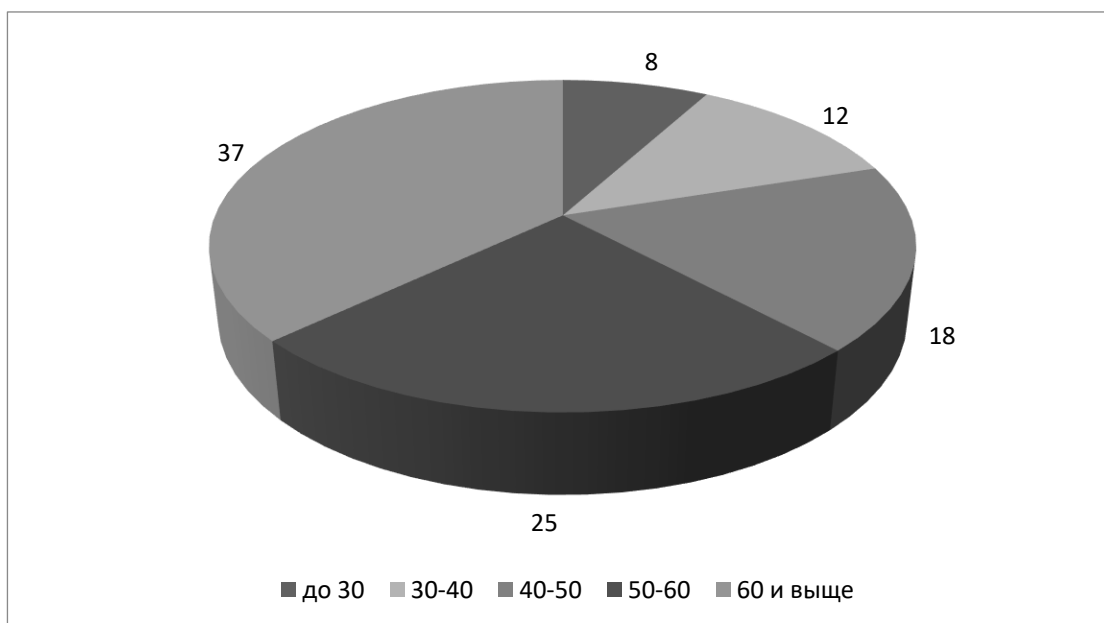


Рис. 2. Распределение больных по возрасту

Первичный опрос анкетированных лиц выявил, что у 12,5% больных был отмечен острый гастрит, у 57,5 % лиц был диагностирован хронический гастрит. В тоже время у 14% лиц отмечалась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и только у 6% была диагностирована ФД (Рис.3).

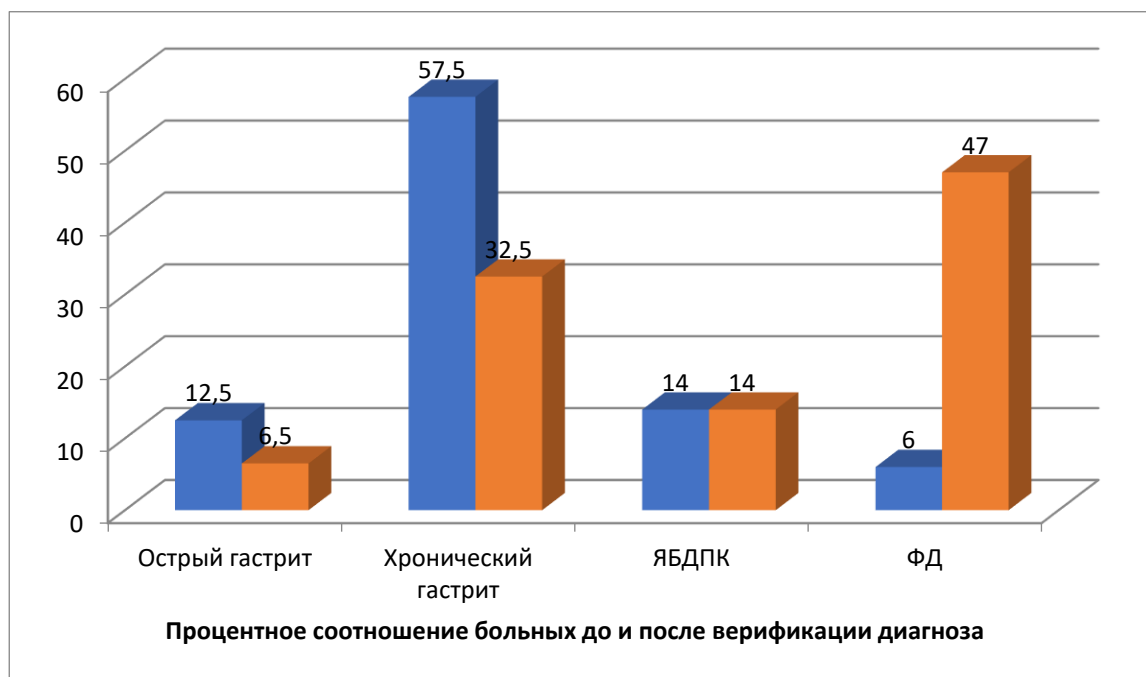


Рис. 3. Процентное соотношение больных с кислотозависимыми заболеваниями ЖКТ

В дальнейшем всем больным с острыми и хроническими гастритами и ФД была проведена эзофагогастродуоденоскопия. По результатам повторного обследования было выявлено, что диагноз “острый гастрит” был верифицирован только у 6,5% больных. Диагноз “хронический гастрит” типа А, В и С был верифицирован у 31,5 % больных. Процент больных с ФД наоборот, резко увеличился почти в 7 раз и составил 48% (Рис. 3).

ФД у больных была представлена язвенноподобным синдромом в 24,3% случаев и постпрандиальным дистресс синдромом в 20,6% случаях. В 45,3% случаев болезнь протекала в смешанной форме. Клинические проявления в виде боли в верхних отделах живота была установлена лишь в 36,5% случаев, только 62% из этих больных предъявляли жалобы на боль, возникающую

после приема пищи, 82% пациентов беспокоили ночные боли (в то же время боль в животе, которая мешала больным спать - в 89,0% случаев). Чувство раннего насыщения больные отмечали в 85,7% случаев, жжение, в основном в эпигастральной области - в 85,4% случаев, тошноту - в 92,5% случаев.

Наиболее значимыми этиологическими факторами ФД у больных были: кислотный фактор; наследственная предрасположенность; наличие в анамнезе *H.pylori*; курение, алкоголь; перенесенные частые токсикоинфекции; алиментарные факторы (злоупотребление острой и соленой пищей, поздний ужин, переедание); психосоциальные факторы.

Одним из препаратов, применение которого целесообразно при ФД, является «Гастритол» в виде капель для перорального введения. «Гастритол» содержит ряд активных веществ, вызывающих местный эффект в желудочно-кишечном тракте и оказывающих центральное действие на секреторную и моторную функции желудка. В состав «Гастритола» входят жидкие экстракты из травы лапчатки гусиной, цветков ромашки лекарственной, корней солодки, дягиля, травы кадобенедикта, полыни горькой, зверобоя продырявленного.

Всем больным с ФД были даны рекомендации по питанию: частое (до 5-6 раз в день), дробное питание небольшими порциями с ограничением жирной и острой пищи, а также кофе. Было рекомендовано отказ от курения, употребления алкоголя, приема НПВП. Больным препарат Гастритол назначали по 20-30 капель 3 раза в день, растворенных в небольшом количестве воды в течении 14 дней. После производили субъективную оценку клинического эффекта препарата по шкале: эффективный, малоэффективный, неэффективный препарат.

Большинство больных перенесли препарат хорошо. Некоторые отмечали горький вкус препарата.

В таблице 1 представлена динамика клинических проявлений заболевания до и после курса лечения. У большинства больных боль в эпигастрии уменьшилась уже на 7-е сутки лечения. К 14-м суткам самочувствие больных улучшилось, и к концу лечения лишь у 1 (3,3%) больного отмечались умеренные болезненные ощущения в эпигастральной области. При пальпации

боль в эпигастральной области постепенно уменьшалась к 7-м, 14-м суткам лечения, к концу курса терапии, то есть через 4 недели, у 10% больных сохранялись болевые ощущения при глубокой пальпации в этой зоне. Изжога в процессе лечения уменьшалась уже к 7-м суткам, к концу курса лечения она исчезла у всех больных. На фоне лечения у 4 из 7 больных нормализовался стул, у 10% остался запор, который наблюдался у больных на протяжении многих лет и не был связан с обострением заболевания. Метеоризм до начала лечения наблюдался у 62% больных, после лечения – у 25%.

Таблица 1

Динамика болевого и постпрандиально-диспепсического синдромов у больных с ФД после лечения препаратом «Гастритол»

Жалобы	До диагностики	Через 14 дней лечения
Боли в эпигастральной области	2-3	0-1
Чувства жжения в эпигастральной области	2-3	0-1
Чувство тяжести после еды	3	0-1
Чувство раннего насыщения	3	0-1
Метеоризм	3	1
Тошнота	2	0

Следует отметить, что у больных на фоне приема «Гастритола» улучшились настроение и сон. На динамику клинических проявлений заболевания «Гастритол» оказывал положительное влияние, которое, возможно, связано с нормализацией моторной функции желудочно-кишечного тракта, а следовательно, и с уменьшением и/или исчезновением диспепсических жалоб.

В процессе лечения «Гастритолом» побочных эффектов не наблюдалось и переносимость препарата была хорошая. Эффективность «Гастритола» была высокая у 90%, незначительная – у 10% больных.

Таким образом, проведенные исследования показали, по процентному соотношению количество больных с ФД лидирует среди кислотозависимых

заболеваний органов пищеварения. В большинстве случаев, когда диагноз хронического гастрита должен ставиться только после эндоскопического заключения, в первичном звене наблюдается случаи гипердиагностики гастритов и диагноз основанный только на клинических жалобах больного без морфологического подтверждения, хотя должно формулироваться согласно МКБ 10 как «К 30: функциональная диспепсия неуточненной этиологии» или по Римским критериям IV «В I: функциональная диспепсия». Почти у половины больных верифицированный диагноз был представлен функциональной диспепсией протекающий болевым и постпрандиальным дистресс синдромами. Применение препарата растительного производства «Гастритол» способствует эффективному купированию симптомов связанных с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка.

Выводы

1. В гастроэнтерологической практике Узбекистана на уровне первичного звена в большинстве случаев диагноз хронического гастрита ставится без соответствующего подтверждения.

2. В две трети случаев диагноз хронического гастрита, установленный в СВП, семейных поликлиниках и частных медицинских учреждениях верифицируется как ФД.

3. Препарат «Гастритол» хорошо переносится больными с ФД и не дает побочных эффектов.

4. Изучение препарата «Гастритол» свидетельствует о его терапевтической эффективности при болевой и постпрандиальной формах ФД.

Список литературы:

1. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV –Functional disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology* 2016; 150(6):1257-61.
2. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римские IV рекомендации по диагностике и лечению функциональных гастроэнтерологических расстройств. Пособие для врачей.-М., 2016.- 160 с.

3. Functional dyspepsia impacts absenteeism and direct and indirect costs // Brook R.A., Kleinman N.L., Choung R.S. et al. // *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010. Vol. 8. P. 498–503.
4. Functional dyspepsia, delayed gastric emptying and impaired quality of life // Talley N.J., Locke G.R., Lahr B.D. et al. // *Gut.* 2006. Vol. 23. P. 923–936.
5. Корой П.В. Функциональная диспепсия. Вестник молодого ученого Том: 12. Номер: 1 Год: 2016 С. 40-45.
6. Pike B.L., Porter C.K., Sorrell T.J., Riddle M. S. Acute gastroenteritis and the risk of functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis // *Am J Gastroenterol.* 2013 Oct. Vol. 108 (10). P. 1558–1563.
7. Махов В.М., Ромасенко Л.В., Кашеварова С.С., Шептак Н.Н. Мультифакторность клинической картины функциональной диспепсии // *РМЖ.* 2012. № 15. С. 778–781.
8. Review article: current treatment and management of functional dyspepsia // Lacy BE, Talley NJ, Locke GR et al. // *Aliment Pharmacol. Ther.* 2012. Vol. 36. P. 3–15.