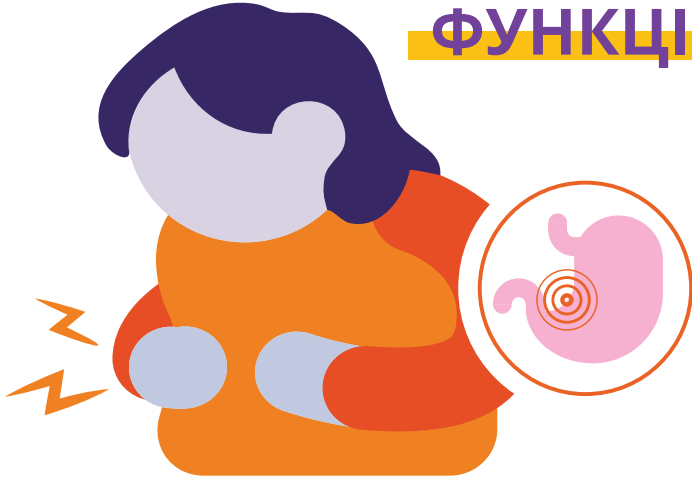


ЧЕКЛИСТ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ



Визначення функціональної диспепсії

Два субтипи функціональної диспепсії

Патофізіологічні механізми

Алгоритм встановлення достовірного діагнозу

Симптоми тривоги («червоні прапорці»), що потребують виключення

Необхідний обсяг обстежень

Загальна тактика ведення пацієнтів

Терміни повторного огляду та подальшого спостереження

Джерела

ЯК ВИЗНАЧИТИ ФУНКЦІОНАЛЬНУ ДИСПЕПСІЮ?

Хронічний розлад, що визначається абдомінальними симптомами, які походять з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ)

Порушення взаємодії між кишечником та головним мозком (DGBI) ⁽¹⁾



4 ОСНОВНІ СИМПТОМИ ⁽²⁾

Наче ріже зсередини



Епігастральний біль

Шлунок пече, наче у вогні



Печія в епігастрії

Відчуваю ситість, навіть якщо з'їм зовсім трохи



Раннє насичення
(неможливість доісти порцію)

Відчуття, наче у шлунку лежить камінь



Постпрандіальне переповнення
(після прийому їжі)



Відсутність структурних захворювань при рутинних обстеженнях (ендоскопії)



Поширеність становить **7% серед** дорослого населення ⁽³⁾ залежно від географічного регіону та критеріїв оцінки ⁽⁴⁾

Дуже поширене поєднання (оверлап-синдром) з гастропарезом, рефлюксом, синдромом подразненого кишечника та симптомами здуття живота

СПИСОК СИНОНІМІЧНИХ НАЗВ РОЗЛАДУ:
Розлад шлунку (індигестія), гастрит,
невиразкова диспепсія

ДВА СУБТИПИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ

- Синдром епігастрального болю (EPS)
- Постпрандіальний дистрес-синдром (PDS)
→ найпоширеніша форма

2 субтипи диспепсії, які іноді перекриваються (поєднуються)



Епігастральний біль



Печія в епігастрії

Симптоми, не пов'язані з прийомом їжі

EPS
≈15,3%

ПОЄДНАННЯ
≈12,4%

PDS
≈66,6%

Симптоми, пов'язані з прийомом їжі



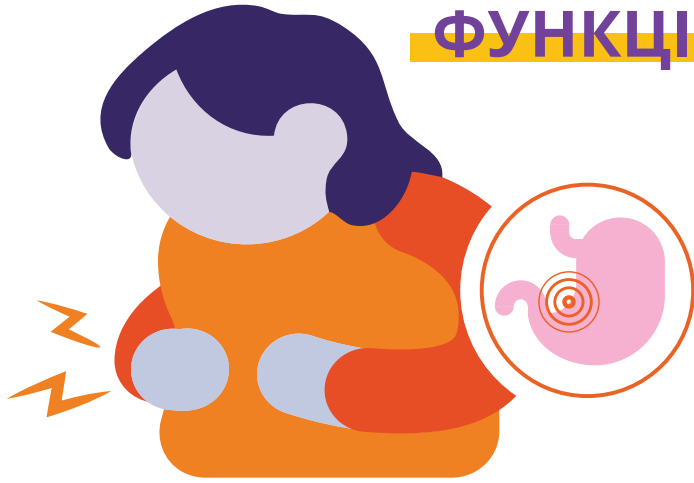
ПОСТПРАНДІАЛЬНЕ ПЕРЕПОВНЕННЯ



РАННЄ НАСИЧЕННЯ

Джерела: адаптовані з [3]

ЧЕКЛИСТ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ



Визначення функціональної диспепсії

Два субтипи функціональної диспепсії

Патофізіологічні механізми

Алгоритм встановлення достовірного діагнозу

Симптоми тривоги («червоні прапорці»), що потребують виключення

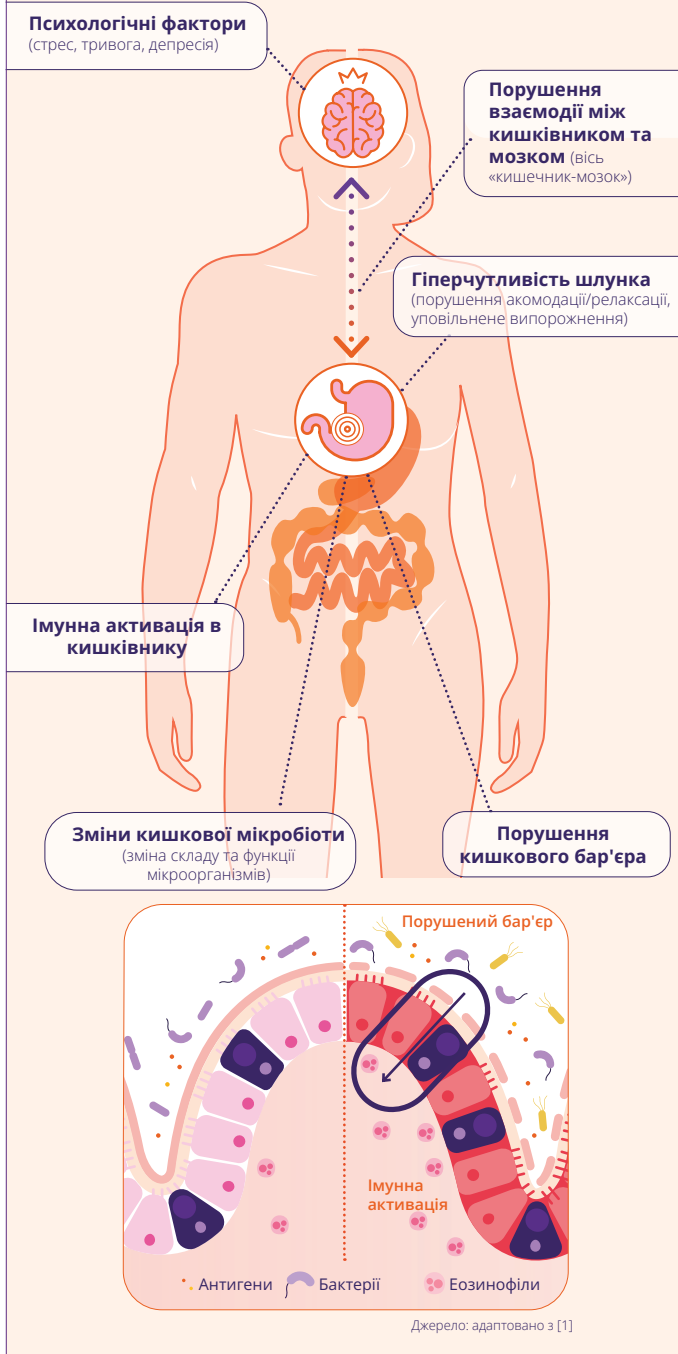
Необхідний обсяг обстежень

Загальна тактика ведення пацієнтів

Терміни повторного огляду та подальшого спостереження

Джерела

ЩО ВІДОМО ПРО ПАТОФІЗІОЛОГІЮ?



ЯК ВСТАНОВИТИ ДОСТОВІРНИЙ ДІАГНОЗ?

Діагноз базується на оцінці симптомів відповідно до Римських критеріїв ⁽²⁾:

Запитання, яке слід поставити:

Коли виникають/починаються симптоми?

- ✓ Наявність щонайменше одного симптому, який є досить вираженим, щоб впливати на повсякденну активність → протягом останніх **3 місяців** при загальній тривалості симптомів не менше **6 місяців** до моменту встановлення діагнозу

PDS

щонайменше 3 дні на тиждень



Постпрандіальне переповнення
(після прийому їжі звичайного об'єму)



Раннє насичення
(неможливість доїсти порцію)

EPS

щонайменше один раз на тиждень



Епігастральний біль



Печія в епігастрії

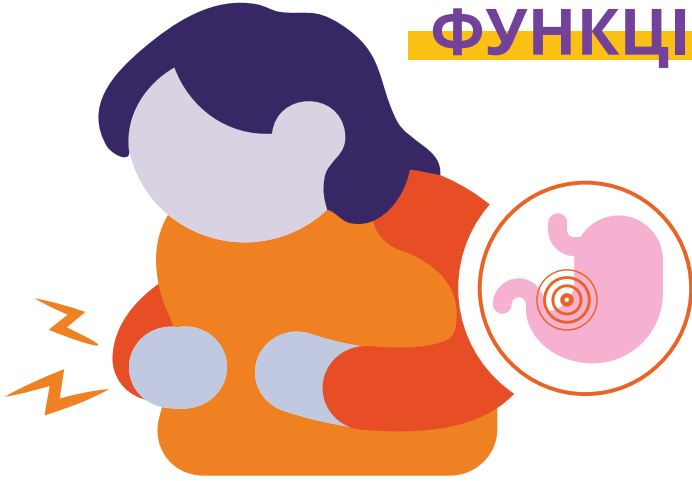
- ✓ та відсутність ознак структурного захворювання (включаючи ендоскопію верхніх відділів ШКТ), яке могло б пояснити ці симптоми

ФАКТОРИ РИЗИКУ ⁽³⁾

- ✓ Інфекція *Helicobacter pylori*
- ✓ Жіноча стать
- ✓ Прийом певних знеболювальних засобів, таких як аспірин та ібупрофен
- ✓ Куріння
- ✓ Тривога або депресія
- ✓ Фізичне або сексуальне насильство, перенесене в дитинстві



ЧЕКЛИСТ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ



Визначення функціональної диспепсії

Два субтипи функціональної диспепсії

Патофізіологічні механізми

Алгоритм встановлення достовірного діагнозу

Симптоми тривоги («червоні прапорці»),
що потребують виключення

Необхідний обсяг обстежень

Загальна тактика ведення пацієнтів

Терміни повторного огляду та подальшого спостереження

Джерела

ЯКІ СИМПТОМИ ТРИВОГИ ПОТРЕБУЮТЬ ВИКЛЮЧЕННЯ?

Чеклист «червоних прапорців»,
які необхідно дослідити для
підтвердження діагнозу

ТРИВОЖНІ СИМПТОМИ (5)

- ✓ Вік > 55 років* із вперше виявленою диспепсією
- ✓ Ознаки явної шлунково-кишкової кровотечі, включаючи мелену або блювання кров'ю (гематемезис)
- ✓ Дисфагія (особливо прогресуюча) або одинаофагія
- ✓ Постійне блювання
- ✓ Ненавмисна втрата ваги
- ✓ Сімейний анамнез раку шлунка або стравоходу
- ✓ Пальповане утворення в черевній порожнині або епігастрії, або патологічна аденопатія
- ✓ Ознаки залізодефіцитної анемії за результатами аналізу крові

*У регіонах із високим рівнем поширеності раку шлунка, таких як Південно-Східна Азія, слід розглядати нижчий віковий поріг.

У РАЗІ НАЯВНОСТІ ХОЧА Б ОДНОГО
З СИМПТОМІВ СЛІД РОЗГЛЯНУТИ
ДОДАТКОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ

НАПРАВИТИ ДО
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГА ДЛЯ
ПЕРЕГЛЯДУ ТАКТИКИ



ЯКІ ОБСТЕЖЕННЯ НЕОБХІДНІ

РЕКОМЕНДОВАНО ЯК БАЗОВІ ТЕСТИ



- Тестування на *H. pylori* рекомендовано як першочергове обстеження:
визначення антигену у калі, уреазний дихальний тест
- Оцінка симптомів з боку нижніх відділів ШКТ, оскільки СРК часто поєднується (перекривається) з ФД; у такому разі вкрай важливо провести скринінг на целиакію
- Оцінка медикаментозного анамнезу (особливо щодо прийому опіоїдів та канабісу) + НПЗЗ

РОЗГЛЯНУТИ В ОКРЕМИХ ВИПАДКАХ



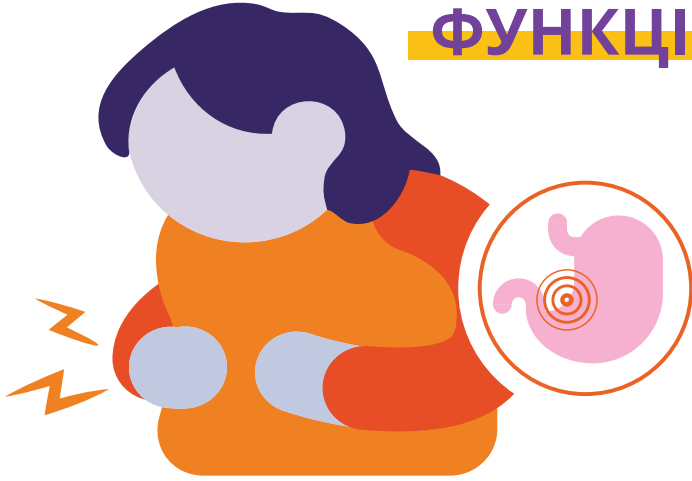
- Ендоскопія для пацієнтів із нещодавнім початком симптомів, втратою ваги та віком старше 55 років; якщо під час ендоскопії статус *H. pylori* невідомий, слід виконати біопсію
- Оцінка випорожнення шлунка (переважно сцинтиграфія) у разі наявності нудоти/блювання

НЕЕФЕКТИВНО ЯК БАЗОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ



- Аналіз крові

ЧЕКЛИСТ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ



Визначення функціональної диспепсії

Два субтипи функціональної диспепсії

Патофізіологічні механізми

Алгоритм встановлення достовірного діагнозу

Симптоми тривоги («червоні прапорці»),
що потребують виключення

Необхідний обсяг обстежень

Загальна тактика ведення пацієнтів

Терміни повторного огляду та подальшого спостереження

Джерела

ЗАГАЛЬНА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ

1 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СПОСОБУ ЖИТТЯ



Здорове харчування

Обмеження споживання потенційних
дієтичних тригерів (кофеїн, гостра їжа...)

Регулярна фізична активність



Регулярний
сон



Пробіотики



У разі неефективності

2 МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

Антисекреторна терапія

ІПП або H_2 -блокатори (H_2RA)

Прокінетики

Два-антагоністи ($5-HT_4$ -антагоністи),
агоністи $5-HT_4$ /мотиліну



Розглянути можливість
направлення
до гастроентеролога

У разі неефективності

3 НЕЙРОМОДУЛЯТОРИ

Трициклічні антидепресанти

У разі неефективності

4 КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, ГІПНОТЕРАПІЯ, МЕНЕДЖМЕНТ СТРЕСУ



Адаптовано: (3), (6), (7)

ПОВТОРНИЙ ОГЛЯД ТА ПОДАЛЬШЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ?



Тактика подальшого спостереження залежить
від відповіді на терапію (багато пацієнтів є
резистентними до лікування)

2–3 місяці

оптимальний інтервал для повторного огляду;
у разі позитивної відповіді на лікування
інтервали між візитами можна збільшувати

Джерела

- Vanuytsel T, Bercik P, Boeckstaens G. Understanding neuroimmune interactions in disorders of gut–brain interaction: from functional to immune-mediated disorders. Gut. 2023. 72:787–798.
- Rome Foundation: Rome IV Criteria. Accessed on 27/02/2024, available at: <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria>
- Black CJ, Paine PA, Agrawal A et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. Gut. 2022 Sep;71(9):1697–1723.
- Lee K, Kwong C, Yeniova AO, et al. Global prevalence of Functional Dyspepsia according to Rome criteria, 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. Scientific Reports 2024; 14:4172.
- Talley NJ, Ford AC. Functional Dyspepsia. N Engl J Med. 2015;373:1853–63.
- Wauters L, Dickman R, Drug V, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. United European Gastroenterol J. 2021 Apr;9(3):307–331.
- Corsetti M, Fox M. The management of functional dyspepsia in clinical practice: what lessons can be learnt from recent literature? F1000Research. 2017, 6(F1000 Faculty Rev):1778 Last updated

Цей документ створено у співпраці з:
Маура Корсетті (Maura Corsetti), доцент кафедри гастроентерології
Ноттінгемського університету, Великобританія

Ніколас Таллі (Nicholas Talley), заслужений професор-лауреат,
видатний нейрогастроентеролог, клініцист та викладач
Університету Ньюкасла, Австралія

Лукас Ваутерс (Lucas Wauters), доцент кафедри гастроентерології,
Університетська клініка Левена, Бельгія



Що сказати пацієнту?

Що таке DGBI

Шлунок і кишечник «спілкуються» з головним мозком, а мозок — з кишечником.

Порушення взаємодії між кишечником та головним мозком (DGBI) означає, що передача цих сигналів порушена, що й призводить до виникнення симптомів. Одним із поширених прикладів DGBI є функціональна диспепсія (ФД).

При ФД головний мозок отримує занадто багато сигналів від шлунка, які в нормі мають відфільтровуватися.

Що сказати про функціональну диспепсію?

Рецидивуюче відчуття переповнення (яке часто називають здуттям), епігастральний біль або печія, а також труднощі із завершенням прийому їжі звичайного об'єму (раннє насичення) характеризують цей розлад, що базується на оцінці симптомів і називається ФД.

ФД — це порушення взаємодії між кишечником та головним мозком: ці два органи не функціонують належним чином у синергії.

ФД є розладом, що базується на оцінці симптомів, без ушкодження тканин органів (органічної патології).

Шлунково-кишкові симптоми не виникають ізольовано; ФД часто супроводжується вищим рівнем психологічного дискомфорту, зокрема тривогою, стресом та депресією.

Що таке мікробіота?

Мікробні спільноти, які живуть у кишечнику, називаються мікробіотою.

Дисбаланс мікробіоти дванадцятипалої кишки, або дисбіоз — це зміна складу та функцій мікроорганізмів, що населяють кишечник.

Їжа, бактерії або речовини, які потрапляють у кишечник, іноді можуть викликати порушення його роботи та провокувати появу симптомів.

Яким є ведення пацієнтів із функціональною диспепсією

ФД — це хронічний розлад, симптомів якого можна керувати за допомогою зміни способу життя, дієтотерапії, медикаментозного лікування та методів психотерапії.

Ми будемо зустрічатися кожні 2–3 місяці, щоб оцінювати ефективність лікування/обраної тактики.

Вода не покращує стан при ФД (функціональній диспепсії).

Найпоширеніші запитання

Чи можна мене вилікувати? Це хронічне / назавжди?

ФД (функціональну диспепсію) можна лікувати, але не вилікувати повністю. Одуjuanня (ремісія) саме по собі є можливим.

Чи є ймовірність, що у мене розвинеться рак?

ФД не підвищує ризик розвитку онкологічних захворювань.

Що викликає ФД?

ФД — це багатофакторний розлад, спричинений порушенням чутливості та моторики шлунка й кишечника, змінами мікробіоти, а також порушенням взаємодії між кишечником та головним мозком.

Чи допоможе дієта зменшити симптоми?

Дієта (харчування) є важливою і є сильним союзником

Чи допомагає пиття води при диспепсії?

Чи можу я померти від ФД?

ФД не підвищує ризик смерті.