



Проф. О.І. Сергієнко, проф. Опарін О.А.

Харківський національний медичний університет

Функціональна диспепсія (за матеріалами європейських настанов)

Функціональна диспепсія (ФД) є частою причиною звернення як до лікарів загальної практики-сімейної медицини так і гастроентерологів. ФД не впливає на смертність [1], однак суттєво знижує якість життя пацієнтів [2].

Розуміння сутності і визначення ФД еволюціонувало протягом більш ніж 35-річної історії її вивчення. За ці роки отримані нові докази щодо патофізіології, діагностики та лікування захворювання, які знайшли відображення у I–IV рекомендаціях експертів Римського фонду [3], представлені у положеннях настанов європейських клініцистів та науковців. Огляд матеріалів настанов буде корисним для лікарів, які опікуються пацієнтами з ФД, втілення європейських рекомендацій у клінічну практику допоможе забезпечити сучасний рівень надання медичної допомоги.

Перше трактування ФД включало різні симптоми, які можна віднести до шлунка та дванадцятипалої кишки, у тому числі печію, нудоту, блювання [4], на часі визначення згідно Риму-IV охоплює лише основні симптоми: біль в епігастрії або печіння, відчуття ситості після прийому їжі або раннє насичення (відчуття, що супроводжується потребою припинити прийом їжі).

Було встановлено, що печія сама по собі не є симптомом диспепсії, хоча вона може бути супутнім симптомом [5]. Так саме нетиповою для ФД є наявність блювоти і її наявність потребує уточнення діагнозу. Таким чином, щоб поставити діагноз ФД, пацієнти повинні пройти обстеження для виключення ознак органічного, системного або метаболічного захворювання.

Римські критерії-IV (2016), що базуються на симптомах, на часі є стандартом діагностичних критеріїв ФД. Самі лише симптоми не є надійними для розрізнення функціональних причин диспепсії від органічних [6]. Разом з тим при проведенні ендоскопічного дослідження у пацієнтів з диспепсичними клінічними проявами було встановлено, що у 80% випадків скарги обумовлені саме ФД [7].

У 2022 році опублікована клінічна настанова з лікування пацієнта з ФД Британського товариства гастроентерології, яка охопила досвід первинної, вторинної, третинної медичної допомоги, супутньої психіатрії [8]. Особливістю документу є те, що частина рекомендацій настанови призначена для ознайомлення пацієнту з диспепсією. Вказується, що залучення пацієнта у процес лікування ФД є запорукою його успішності; орієнтований на пацієнта підхід є втіленням рекомендацій, висвітлених у Римських критеріях-IV.

Зазначено, що представлені у настанові дослідження відповідали вимогам і класифіковані відповідно до Оксфордського центру доказової медицини, вказана оцінка сили наведених рекомендацій і загальної якості доказів [9, 10].

ФД класифікують на два різних підтипи: постпрандальний дистрес-синдром (ПДС) і епігастральний больовий синдром (ЕБС). Таке розділення бере початок з Риму-III, підтипи визначаються відповідно до діагностичних критеріїв, заснованих на симптомах, розроблених Римським фондом. Було виказано припущення, що розподіл на такі підгрупи відокремить пацієнтів, які краще реагують на певні препарати, хоча на підтримку цього отримано мало доказів [11].

У пацієнтів з підтипом ЕБС біль або печіння в епігастрії часто присутні незалежно від прийому їжі, в той час як особи з ПДС повідомляють про раннє насичення та відчуття ситості після прийому їжі. Разом з тим визнається, що майже у третини у пацієнтів із ФД можуть спостерігатися як ознаки ЕБС так і ПДС [11, 12].

У Римських критеріях IV більш чітко описані характеристики частоти та тяжкості кожного окремого симптому. Наприклад, згідно Риму IV, термін «докучливий» використовується для опису симптомів, які заважають повсякденній діяльності. Більше того, Римські критерії IV для ФД вимагають, щоб симптоми ПДС виникали три рази на тиждень, а симптоми ЕБС — принаймні один раз на тиждень [13, 14].

Разом з цим складним для використання в клінічній практиці є визначення наявності у пацієнта симптомів ФД протягом останніх 3 місяців із появою таких симптомів принаймні за 6 місяців до встановлення діагнозу. Римський фонд нещодавно визнав, що вимоги щодо тривалості симптомів ФД згідно Римським критеріям IV у повсякденній клінічній практиці потенційно можуть призвести до затримки діагностики та подальшого лікування. Цю проблему також висвітили глобальні епідеміологічні дослідження, які продемонстрували значно нижчу поширеність ФД за Римськими критеріями IV порівняно з показниками діагностики за Римськими критеріями I–III. У цьому контексті експерти розробили менш обмежувальні «клінічні критерії» для використання в рутинній клінічній практиці, згідно яким клінічні критерії ФД вимагають лише наявності основних симптомів протягом 8 тижнів [13,14].

Епідеміологія та чинники розвитку. У нещодавньому дослідженні Римського фонду поширеність ФД за критеріями Рим-IV коливалась від 2,4% до 12,3% в залежності від країни і в середньому складала 7% [15]. Слід зазначити, що у більшості з цих обстежених пацієнтів причиною скарг була саме ФД. В той час як дані численних популяційних досліджень, які узагальнені в попередніх систематичних оглядах і мета-аналізах із використанням більш широкого визначення диспепсії, поширеність диспепсії оцінюється майже в 30% [16].

Серед факторів ризику ФД в суспільстві розглядають жіночу стать, куріння, прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та інфекцію *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), хоча зв'язок жодного з цих чинників із розвитком ФД остаточно не доведений [16,17,18,19].

Опубліковані повідомлення про часте поєднання ФД з іншими функціональними розладами, такими як синдром подразненої кишки (СПК) [20].

Вважають, що певну роль у розвитку ФД може відігравати супутня психічна патологія, нова поява симптомів більш імовірна у тих, хто мав в анамнезі епізоди тривоги або депресію [21]. Дослідники відмічають, що особи з ФД частіш повідомляли про жорстоке поводження в дитинстві [22].

З появою симптомів ФД пов'язують перенесену гостру шлунково-кишкову інфекцію. Результати проведеного мета-аналізу свідчать про майже потрійне збільшення частоти виникнення ФД через 6 місяців або більше після гострого гастроентериту [23].

Виказане припущення про існування зв'язку між соціально-економічним статусом і ФД, проте отримані на цей час результати суперечливі [24]. Подальші дослідження в майбутньому, ймовірно, вивчать багато з цих потенційних факторів ризику більш детально.

Патофізіологія ФД. ФД є наслідком порушення взаємодії між шлунково-кишковим трактом та мозком, пов'язаним із змінами: моторики (у тому числі затримкою спорожнення шлунка та порушення фундальної акомодатії), вісцеральної чутливості як до фізичних, так і хімічних подразників, роботи цен-

тральної нервової системи, психопатології, імунної функції, мікробіому шлунка та тонкої кишки, проникності епітелію, генетики [25].

Надання медичної допомоги для осіб з диспепсією в більшості країн Європи здійснюється на рівні первинної ланки, багато пацієнтів будуть лікуватися лише у сімейного лікаря. Скарги на симптоми з боку шлунково-кишкового тракту складають до 10% консультацій у первинній медичній допомозі, 50% з яких припадає на симптоми захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, у тому числі ФД [26].

Пацієнти первинної медичної допомоги часто мають недиференційовані симптоми, що стосуються різних систем організму, роль лікаря загальної практики полягає в тому, щоб сформулювати робочий діагноз та призначити лікування [26]. Важливо розуміти, що 80% людей з диспепсією після ендоскопічного дослідження буде виключена органічна патологія і діагностована ФД [7].

У більшості пацієнтів з диспепсією після обстеження основною причиною симптомів буде саме ФД (рекомендація: сильна, якість доказів: низька) [8].

Симптоми ФД є хронічними приблизно у двох третин пацієнтів [27]. При зборі анамнезу у пацієнта з диспепсією важливо визначити тривалість та характер симптомів. Оскільки пацієнт зазвичай пам'ятає лише періоди погіршення самопочуття, лікарю потрібно з'ясувати фактичний початок симптомів: більша тривалість симптомів свідчить на користь ФД в порівнянні з органічним захворюванням.

Особливу увагу слід приділити аналізу всіх можливих симптомів з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту для виявлення тривожних симптомів та ознак, так званих «червоних прапорців». Клініцист повинен запитати про біль або печіння в епігастральній ділянці, раннє насичення, відчуття повноти після прийому їжі, печію, нудоту, блювоту, гематемезис (блювоту з кров'ю), відрижку, регургітацію, дисфагію [28].

Пацієнти з ФД часто повідомляють про втрату ваги. Залежно від віку пацієнта це може вважатися тривожною ознакою, тому на цей симптом слід звернути увагу. У цьому плані у нагоді стануть рекомендації Національного інституту здоров'я та досконалого догляду (NICE) щодо обстеження пацієнтів із підозрою на рак шлунково-стравохідного тракту, згідно яким пацієнтам віком ≥ 55 років із диспепсією та втратою ваги слід пропонувати ендоскопію протягом 2 тижнів, планова ендоскопія розглядається у пацієнтів віком ≥ 55 років із резистентною до лікування диспепсією або віком ≥ 55 років із диспепсією, що супроводжується нудотою чи блюванням або підвищеним вмістом тромбоцитів.¹¹² Остання рекомендація впливає зі значного зв'язку між тромбоцитозом і раком шлунково-стравохідного тракту в дослідженні типу «випадок-контроль» майже 40 000 пацієнтів старше 40 років у закладах первинної медичної допомоги Великобританії [29].

Тривожні симптоми верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, які є критеріями направлення на

обстеження для виключення підозри на рак шлунково-стравохідного тракту (Рекомендації NICE).

Чіткі критерії направлення на термінову ендоскопію (протягом двох тижнів) для виключення раку шлунково-стравохідного тракту:

- люди будь-якого віку з дисфагією;
- люди віком ≥ 55 років із втратою ваги та будь-яким симптомом із наступних: диспепсія, біль у верхній частині живота, рефлюкс.

Вірогідні критерії направлення на планову ендоскопію для виключення раку шлунково-стравохідного тракту:

- люди з гематемезис (блювота з кров'ю);
- люди віком ≥ 55 років із:

стійкою до лікування диспепсією,

диспепсією з підвищенням кількості тромбоцитів або нудотою чи блюванням; біль у верхній частині живота з низьким рівнем гемоглобіну, підвищенням кількості тромбоцитів, або нудотою, або блюванням;

▪ рефлюкс із підвищенням кількості тромбоцитів, або нудотою, або блюванням.

▪ нудота або блювання з будь-яким із наступних: втрата ваги, рефлюкс, диспепсія або біль у верхній частині живота.

Якщо повідомляється про біль або печіння в епігастральній ділянці, раннє насичення та/або відчуття повноти після прийому їжі відповідно до Римських IV критеріїв, за відсутності тривожних симптомів або ознак, ендоскопія навряд чи змінить діагноз.

У щоденній клінічній практиці клініцисти можуть використовувати клінічні критерії-IV Риму, які вимагають наявності одного або більше з цих чотирьох основних симптомів, якщо вони повідомляються як докучливі, протягом більше 8 тижнів. Інші симптоми можуть співіснувати, але не повинні переважати [14].

При аналізі характеристики болю слід зважати, що при ФД біль виникає у верхній частині живота або в епігастрії і пов'язаний із прийомом їжі: може виникати під час голодування та/або посилюватися під час прийому їжі. На відміну від СПК, біль у животі при ФД не пов'язаний із потребою дефекації. Усе це може допомогти відрізнити пацієнтів із ФД від пацієнтів із СПК або ідентифікувати пацієнтів із ФД і сукупним СПК, що часто зустрічається. При цьому СПК може бути будь-якого підтипу. У цій ситуації пацієнт повідомить про наявність двох болю в животі різних характеристик: пов'язаного з прийомом їжі і пов'язаного з дефекацією [30].

Інші функціональні розлади кишечника, що включають функціональну діарею, функціональний запор або функціональне здуття, також можуть бути супутніми з ФД [31].

У однієї третини пацієнтів із ФД співіснують симптоми гастроєзофагеального рефлюксу; в цій ситуації дані досліджень свідчать про те, що клініцисти, як правило, віддають перевагу діагнозу ГЕРХ, а не ФД [32].

У пацієнтів із ФД визнають можливу наявність розладів харчової поведінки або невпорядкованої харчової поведінки.

Необхідно провести скринінг потенційних етіологічних тригерів, включаючи попередню гостру кишкову інфекцію, наявну приблизно у 10% пацієнтів. Повідомлені асоційовані патогени включають *Giardia lamblia*, *Salmonella* spp, *Escherichia coli* O157, *Campylobacter* spp [33].

Згідно з положенням протоколу Кіотського консенсусу, при виявленні у пацієнта з диспепсією інфекції *H. pylori* потрібно проводити антихелікобактерну терапію, і лише при збереженні симптомів після успішної ерадикації інфекції, слід діагностувати ФД [34]. Запропоновано виділяти таку диспепсію в окрему форму як «*H. pylori*-асоційовану», однак ця позиція не отримала достатньої підтримки.

З'являються дані про можливу роль інфекції COVID-19 у розвитку ФД [35], але необхідні чіткі докази, щоб підтвердити інфекцію COVID-19 як фактор ризику ФД.

Результати кількох тривалих досліджень свідчать про наявність зв'язку між психологічними факторами, зокрема тривогою, та розвитком ФД [21].

Об'єднаний аналіз трьох популяційних досліджень також визначив куріння як фактор ризику для ПДС [36], але не ЕБС. Докази будь-якого впливу інших факторів способу життя суперечливі.

Було встановлено, що у виникненні ФД мають значення надмірне вживання алкоголю або ліків, які можуть змінити моторику кишечника (опіоїди або НПЗП), нещодавні зміни в характері харчування.

Важливо з'ясувати, що в родині немає випадків раку шлунково-стравохідного тракту, запальних захворювань кишечника або целіакії.

Таким чином, рекомендується: клініцистам діагностувати ФД за наявності неприємного болю в епігастральній ділянці або печіння, раннього насичення та/або відчуття повноти після прийому їжі тривалістю понад 8 тижнів за умов відсутності тривожних симптомів або ознак органічного захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (рекомендація: сильна, якість доказів: дуже низька) [8].

Старшим за 60 років пацієнтам, яких турбує біль у животі та у яких спостерігається втрата ваги, показане комп'ютерне тестування для виключення раку підшлункової залози.

Усім пацієнтам показане неінвазивне тестування на *H. pylori* «test and treat», при виявленні інфекції слід провести антихелікобактерну терапію, особливо пацієнтам із підвищеним ризиком розвитку раку шлунка.

Лікування ФД передбачає рекомендації щодо змін стилю життя, харчування, фармакотерапію. Умовно терапію ФД поділяють на терапію першої та другої ліній. Зазвичай пацієнт з ФД звертається до закладу первинної медичної допомоги, тому велике значення має довіра пацієнта до свого сімейного лікаря та готовність виконувати його призначення.

Насамперед всім пацієнтам із ФД рекомендується мати достатню фізичну активність, для цього регулярно виконувати фізичні (аеробні) вправи (рекомендація: сильна, якість доказів: дуже низька) [8].

Дотепер не отримано достатньо доказів, щоб рекомендувати пацієнтам із ФД дієтичну терапію, включаючи дієту з низьким вмістом ферментованих олігосахаридів, дисахаридів і моносахаридів, а також поліолів (рекомендація: слабка; якість доказів: дуже низька) [8].

Якщо у пацієнта з ФД виявляють Н. pylori, ерадикаційна терапія є ефективним методом лікування (рекомендація: сильна; якість доказів: висока).

Антагоністи H₂-гістамінових рецепторів можуть бути ефективним засобом лікування ФД. Ці препарати добре переносяться (рекомендація: слабка, якість доказів: низька).

Інгібітори протонної помпи (ІПП) є ефективним засобом лікування ФД і добре переносяться. Лікувальний ефект не залежить від дози, тому слід використовувати найменшу дозу, яка контролює симптоми. (рекомендація: сильна, якість доказів: висока).

Деякі прокінетики можуть бути ефективним засобом лікування ФД. Однак ефективність залежить від класу препарату, багато з цих препаратів недоступні в Україні. Більшість цих препаратів добре переносяться (рекомендація: слабка, якість доказів: низька для акотіаміду, ітоприду та мосаприду).

Якщо симптоми не зникають після призначення терапії першої лінії, що викликає сумніви у пацієнта, слід продовжити лікування у гастроентеролога.

Такі хворі мають теж отримувати рекомендації щодо стилю життя, — всім пацієнтам показане виконання фізичних вправ. Показані рекомендації щодо поведінкової терапії та дієтичні рекомендації. У випадку, коли вищесказані заходи не є достатньо ефективними, рекомендують «терапію другої лінії лікування».

Друга лінія лікування ФД передбачає, насамперед, вплив на психологічний стан пацієнта [8].

Особливу увагу в європейських рекомендаціях приділено корекції кишково-мозкової поведінкової терапії при ФД. Сучасним методом психотерапії є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка передбачає активну участь пацієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб зрештою змогти бути собі самому «психотерапевтом». У процесі спільного дослідження існуючих проблем лікар та пацієнт з ФД вибудовують спільне розуміння проблеми/розладу, формулюють цілі та тоді співпрацюють над їх досягненням.

КПТ базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т.п.), а також неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів. Відповідно критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та свою поведінку, з допомогою лікаря, пацієнт намагається змінити дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення та поведінки на більш реалістичні та такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще. Метод метакогнітивної

терапії передбачає не тільки зміну думок пацієнта, а й зміну самого процесу осмислення, тобто як пацієнт думає про себе та свої відчуття.

Рекомендації: Міжособистісна психодинамічна інформована психотерапія може бути ефективним засобом лікування симптомів ФД (рекомендація: слабка, якість доказів: дуже низька).

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) і метакогнітивна терапія можуть бути ефективними методами лікування основних симптомів ФД (рекомендація: слабка, якість доказів: дуже низька).

Гіпнотерапія може бути ефективним засобом лікування основних симптомів ФД (рекомендація: слабка, якість доказів: дуже низька).

Підходи до управління стресом можуть бути ефективним засобом лікування основних симптомів ФД (рекомендація: слабка, якість доказів: дуже низька).

Трициклічні антидепресанти (ТЦА), які використовуються як кишково-мозкові нейромодулятори, є ефективним препаратом другої лінії для лікування ФД. Їх призначення може бути здійснене сімейним лікарем або гастроентерологом, але потрібне ретельне пояснення пацієнту щодо обґрунтування їх використання, пацієнтів слід проконсультувати щодо профілю побічних ефектів. Їх слід розпочинати з низької дози (наприклад, 10 мг амітриптиліну один раз на день) і повільно титрувати до максимальної дози 30–50 мг один раз на день (рекомендація: сильна, якість доказів: помірна).

Можуть бути ефективними як лікування другої лінії ФД препарати-антипсихотики, такі як сульпірид по 100 мг чотири рази на день або левосульпірид по 25 мг три рази на день. Необхідно детально пояснити обґрунтування їх використання, а пацієнтів слід проконсультувати щодо профілю побічних ефектів (рекомендація: слабка, якість доказів: низька).

Немає достатніх доказів того, що селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), які використовуються як кишково-мозкові нейромодулятори і в клінічній практиці застосовуються для лікування тривожних розладів та депресії (флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, інші), є ефективними препаратами другої лінії для лікування основних симптомів ФД (рекомендація: слабка, якість доказів: помірна).

Так саме немає доказів того, що інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (венлафаксин, дулоксетин, мілнаципран, інші), які використовуються як нейромодулятори кишечника та мозку, є ефективними препаратами другої лінії для лікування симптомів ФД. Однак, оскільки вони ефективні при інших хронічних хворобливих станах, виправдано більше випробувань цих препаратів (рекомендація: слабка, якість доказів: низька).

Можливе призначення тандоспірону у дозі 10 мг три рази на день може бути ефективним препаратом другої лінії для ФД, але немає доказів ефективності інших агоністів 5-гідрокситриптаміну-1A, включаючи буспірон у дозі 10 мг тричі на день. Проте, необхідні додаткові випробування цих препаратів (рекомендація: слабка, якість доказів: низька).

Прегабалін у дозі 75 мг 1 раз на добу може бути ефективним препаратом другої лінії для лікування ФД, але необхідні подальші рандомізовані контрольовані дослідження (РКД), рекомендується використовувати цей препарат лише в спеціалізованих закладах (рекомендація: слабка, якість доказів: низька).

Міртазапін у дозі 15 мг один раз на день може бути ефективним препаратом другої лінії для пацієнтів із ФД із раннім насиченням і втратою ваги, але необхідні подальші РКД (рекомендація: слабка, якість доказів: дуже низька).

Лікування важкої або рефрактерної ФД

Якщо застосування засобів другої лінії лікування ФД не є ефективним, то такий варіант перебігу розглядається як тяжка або рефрактерна ФД. Для ведення таких пацієнтів рекомендується залучати мультидисциплінарну групу підтримки (рекомендація: сильна, якість доказів: низька).

Пацієнти з резистентною до лікування ФД становлять значну проблему, їх слід консультувати у лікування дієтолога, щоб уникнути надмірно обмежувальної дієти (рекомендація: сильна, якість доказів: дуже низька). Пацієнтам із тяжкою або рефрактерною ФД, яка супроводжується втратою ваги та обмеженням їжі, рекомендується пройти обстеження щодо розладів харчової поведінки та невідповідного харчування, включаючи розлад обмеження споживання їжі (рекомендація: сильна, якість доказів: дуже низька).

У пацієнтів із тяжкою або резистентною ФД можливо застосовувати опіоїди щоб мінімізувати ятро-

генну шкоду та уникнути хірургічного втручання (рекомендація: сильна, якість доказів: дуже низька). Зазначається, що визначення детермінанти рефрактерної хвороби є актуальним напрямком подальших досліджень.

У настанові висвітлені питання, які мають бути вивчені в майбутньому, які включають як розуміння предикторів ФД (клінічних, дієтичних, генетичних, психологічних і біологічних) так і відповіді на лікування препаратами різних груп. Випробування дієтичних підходів до лікування симптомів ФД, включаючи дієту з низьким вмістом ферментованих олігосахаридів, дисахаридів і моносахаридів, а також поліолів. У тому числі важливим буде дослідження комбінацій лікування для виявлення ефектів посилення між методами лікування, такими як подвійна терапія антагоністами рецепторів гістаміну-1 і гістаміну-2 або ТЦА в поєднанні з СІЗЗС, модуляції болю та психологічних реакцій за допомогою препаратів або поведінкових підходів, які застосовувалися на ранніх стадіях захворювання. Прямі випробування ТЦА проти препаратів, що пригнічують кислотність, таких як ІПП або антагоністи рецепторів гістаміну-2, як медикаментозної терапії першої лінії ФД у первинній медичній допомозі [8].

Висвітлюється ймовірність застосування для лікування ФД нових препаратів, які проходять клінічні випробування, таких як агоністи греліну (реламорелін), агоністи 5-гідрокситриптаміну-4 (прукалоприд і велусетраг), антагоністи рецепторів нейрокиніну-1 (апрепітант, традіпітант).

Список використаної літератури

1. Ford AC, Forman D, Bailey AG, et al. Effect of dyspepsia on survival: a longitudinal 10-year follow-up study. *Am J Gastroenterol* 2012;107:912–21.
2. Klausen KM, Bomme Høgh M, David M, et al. How dyspepsia, gastroesophageal reflux symptoms, and overlapping symptoms affect quality of life, use of health care, and medication — a long-term population based cohort study. *Scand J Gastroenterol* 2021;56:753–60.
3. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, et al. 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;3:252–62.
4. Colin-Jones DG, Bloom B, Bodemar G. Management of dyspepsia: report of a working Party. *Lancet* 1988;1:576–9.
5. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, et al. Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1380–92.
6. Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty MB, et al. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA* 2006;295:1566–76.
7. Ford AC, Marwaha A, Lim A, et al. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:830–7, 7.e1–2.
8. Black CJ, et al. Guidelines British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut* 2022;71:1697–1723.
9. Howick J, Phillips B, Ball C. Oxford centre for evidence-based medicine levels of evidence University of Oxford, Centre for Evidence-Based Medicine; 2009.
10. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64:383–94.
11. Clauwaert N, Jones MP, Holvoet L, et al. Associations between gastric sensorimotor function, depression, somatization, and symptom-based subgroups in functional gastroduodenal disorders: are all symptoms equal? *Neurogastroenterol Motil* 2012;24:1088–565.
12. Fang Y-J, Liou J-M, Chen C-C, et al. Distinct aetiopathogenesis in subgroups of functional dyspepsia according to the Rome III criteria. *Gut* 2015;64:1517–28.
13. Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MAL, et al. Development and validation of the Rome IV diagnostic questionnaire for adults. *Gastroenterology* 2016;150:1481–91.
14. Drossman DA, Tack J. Rome Foundation clinical diagnostic criteria for disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology* 2022;162:675–9.
15. Barberio B, Mahadeva S, Black CJ, et al. Systematic review with meta-analysis: global prevalence of uninvestigated dyspepsia according to the Rome criteria. *Aliment Pharmacol Ther* 2020;52:762–73.
16. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders,

- results of Rome Foundation global study. *Gastroenterology* 2021;160:99–114
17. Ford AC, Marwaha A, Sood R, et al. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut* 2015;64:1049–57
 18. Moayyedi P, Forman D, Braunholtz D, et al. The proportion of upper gastrointestinal symptoms in the community associated with *Helicobacter pylori*, lifestyle factors, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Leeds help Study Group. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1448–55.
 19. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, et al. 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;3:252–62.
 20. Ford AC, Marwaha A, Lim A, et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of irritable bowel syndrome in individuals with dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:401–9.
 21. Aro P, Talley NJ, Johansson S-E, et al. Anxiety is linked to new-onset dyspepsia in the Swedish population: a 10-year follow-up study. *Gastroenterology* 2015;148:928–37.
 22. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, et al. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology* 1994;107:1040–9.
 23. Futagami S, Itoh T, Sakamoto C. Systematic review with meta-analysis: post-infectious functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;41:177–88.
 24. Bytzer P, Howell S, Leemon M, et al. Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: a population based study in 15 000 Australian adults. *Gut* 2001;49:66–72.
 25. Wauters L, Dickman R, Drug V, et al. United European gastroenterology (UEG) and European Society for neurogastroenterology and motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil* 2021;33:e14238.
 26. Jones R. Primary care research and clinical practice: gastroenterology. *Postgrad Med J* 2008;84:454–8.
 27. Ford AC, Forman D, Bailey AG, et al. Initial poor quality of life and new onset of dyspepsia: results from a longitudinal 10-year follow-up study. *Gut* 2007;56:321–7.
 28. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral NICE guideline [NG12], 2015.
 29. Stapley S, Peters TJ, Neal RD, et al. The risk of oesophago-gastric cancer in symptomatic patients in primary care: a large case-control study using electronic records. *Br J Cancer* 2013;108:25–31.
 30. Corsetti M, Caenepeel P, Fischler B, et al. Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1152–9.
 31. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, et al. The prevalence and impact of overlapping Rome IV-diagnosed functional gastrointestinal disorders on somatization, quality of life, and healthcare utilization: a cross-sectional general population study in three countries. *Am J Gastroenterol* 2018;113:86–96.
 32. Geeraerts A, Van Houtte B, Clevers E, et al. Gastroesophageal reflux disease-functional dyspepsia overlap: do birds of a feather flock together? *Am J Gastroenterol* 2020;115:1167–82.
 33. Wauters L, Dickman R, Drug V, et al. United European gastroenterology (UEG) and European Society for neurogastroenterology and motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil* 2021;33:e14238.
 34. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut* 2015;64:1353–67
 35. Ghoshal UC, Rahman MM, et al. Post-infection functional gastrointestinal disorders following coronavirus disease-19: a case-control study. *J Gastroenterol Hepatol* 2022;37:489–98.
 36. Talley NJ, Powell N, Walker MM, et al. Role of smoking in functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: three random population-based studies. *Aliment Pharmacol Ther* 2021;54:32–42.

Функціональна диспепсія (за матеріалами європейських настанов)

Проф. О.І. Сергієнко, проф. О.А. Опарін

Харківський національний медичний університет

Функціональна диспепсія (ФД) є поширеним розладом взаємодії між шлунково-кишковим трактом та мозком, що вражає приблизно 7% людей у суспільстві. Протягом останнього часу досягнуті значні успіхи у розумінні складної патофізіології і отримані нові докази щодо виникнення ФД, з появою Римських критеріїв IV уточнені критерії діагностики та класифікація захворювання. У 2022 році опублікована настанова Британського гастроентерологічного товариства з рекомендаціями на основі доказів стосовно діагностики та лікування пацієнтів з ФД. Стаття присвячена огляду європейських рекомендацій щодо проблеми ФД.

Ключові слова: функціональна диспепсія, діагностика, лікування

Functional dyspepsia (according to the materials of the European guidelines)

Prof. O.I. Sergienko, prof. A.A. Oparin
Kharkiv National Medical University

Functional dyspepsia (FD) is a common disorder of the interaction between the gastrointestinal tract and the brain, affecting approximately 7% of people in the community. In recent times, significant progress has been made in understanding the complex pathophysiology and new evidence has been obtained regarding the occurrence of FD, with the appearance of the Rome IV criteria, the diagnostic criteria and classification of the disease have been clarified. The British Gastroenterological Society in 2022 has published a guideline with evidence-based recommendations for the diagnosis and management of patients with FD. The article is devoted to the review of European recommendations on the problem of FD.

Key words: functional dyspepsia, diagnosis, treatment

Контактна інформація: Сергієнко Олена Іванівна —
професорка кафедри терапії №2
Харківського національного медичного університету,
62461 Харківська обл., м. Південне, вул. Архітектора Бекетова №15
0956833190, elenasergienko3024@gmail.com

Стаття до редакції надійшла 26.12.2022 р.