

Функціональні захворювання ШКТ

**Доцент Бабаніна М.Ю.
Кафедра сімейної медицини і
терапії**

План заняття

- Визначення поняття диспепсія
- Консенсус Делфі 2021р
- КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
УКРАЇНСЬКОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ
ПО ВЕДЕННЮ ХВОРИХ НА ДИСПЕПСІЮ
- Визначення СПК
Діагностика СПК

Актуальність проблеми

Диспепсія - це один з найбільш частих симптомокомплексів, що зустрічаються у практиці внутрішньої медицини. Диспепсія є глобальною проблемою, проте її розповсюдженість суттєво різниться залежно від географічного регіону. Систематичні огляди свідчать, що симптоми диспепсії в усьому світі має ~ 20% населення та у різних країнах вони є причиною 4-10% усіх звернень за медичною допомогою. Загалом захворюваність на диспепсію є вищою у західних популяціях порівняно зі східними.

Диспепсія частіше зустрічається у жінок, курців, *H.pylori* (Hr)-позитивних осіб та пацієнтів, що приймають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП).

Актуальність проблеми

Диспепсія не є специфічним синдромом і може зустрічатися при різній патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ), як органічній, так і функціональній. Приблизно у 60-70% пацієнтів з диспепсією будь-яких структурних змін з боку гастродуоденальної зони при ЕГДС не виявляється і такі хворі трактуються як ті, що страждають на функціональну диспепсію (ФД). ФД зустрічається приблизно у 7-12% всього населення розвинутих країн, причому значно частіше хворіють особи молодого та середнього віку. Приблизно у 30-40% хворих диспепсичні скарги обумовлені органічною патологією.

Клінічні рекомендації

- Консенсус Делфі 2021р – рекомендації Європейської асоціації гастроентерологів щодо ведення пацієнтів на ФД (41 експерт з 22 європейських країн)
- Повний перелік складається з 36 рекомендацій

КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
УКРАЇНСЬКОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ
АСОЦІАЦІЇ ПО ВЕДЕННЮ ХВОРИХ
НА ДИСПЕПСІЮ

*Затверджено
Українською
Гастроентерологічною
Асоціацією
02.04.2020р.*

Ствердження 1.

Диспепсія - це будь-який серединний епігастральний біль / печіння/дискомфорт, почуття переповнення після їжі, почуття раннього насичення, відрижки, печія, нудота/блювота, здуття в епігастрії, що вказують на зацікавленість верхніх відділків ШКТ та продовжуються не менше 4 тижнів. Диспепсію слід трактувати подвійно - і як синдром (вторинна диспепсія), і як самостійну нозологічну форму (функціональна диспепсія).

Ствердження 2.

У якості попереднього діагноза у необстеженого первинного пацієнта слід використовувати термін «необстежена диспепсія». Після відповідного клініко-анамнестичного, лабораторного та інструментального дообстеження усі пацієнти з симптомами диспепсії можуть бути поділені на дві основні групи: вторинну диспепсію та функціональну диспепсію.

Ствердження 3.

Вторинна диспепсія діагностується у пацієнтів з органічними, системними або метаболічними причинами диспепсичних симптомів, що можуть бути ідентифіковані при проведенні таких діагностичних процедур як ЕГДС та ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), а також шляхом лабораторної діагностики. При відповідному лікуванні симптоми диспепсії зазвичай значно зменшуються або повністю зникають.

Потенційні причини диспепсії

- **Функціональна диспепсія** (60-70% усіх випадків)
- **Вторинна (органічна) диспепсія** в наслідок структурних змін ШКТ (30-40% випадків):
 - Пептичні виразки, **НПЗП-індукована гастропатія**
 - ГЕРХ
 - Біліарна патологія
 - Панкреатити
 - Пухлини стравоходу, шлунку, печінки або підшлункової залози
 - Гастротоксичні медикаменти (аспірин/НПЗП, стероїди, препарати заліза, калію, дігіталіс, теофілін та ін.)
 - Змішані причини (цукровий діабет, гіпер- або гіпотиреоз, гіперпаратиреоз, електролітний дисбаланс (гіперкаліємія, гіперкальціємія), гастропарез або інтестинальна псевдообструкція, синдром мальабсорбції)

Ствердження 4.

H. pylori - асоційована диспепсія, згідно Кіотського глобального консенсусу, розглядається як підгрупа вторинної диспепсії, симптоми якої протягом 6-12 місяців зникають або значно поліпшуються після ерадикації даного мікроорганізму.

Ствердження 5.

Функціональна диспепсія (ФД), яка є самотійною нозологічною формою, діагностується у пацієнтів з наявністю одного або більше з таких симптомів, як: почуття переповнення після прийому їжі, швидка насичуваність, епігастральний біль або епігастральне печіння, котрі неможливо пояснити стандартними клінічними обстеженнями - ЕГДС, УЗД ОЧП та лабораторними аналізами.

Етіологія та патофізіологія диспепсії

Ствердження 6.

Етіологія та патофізіологія вторинної диспепсії обумовлена підлеглим захворюванням чи станом.

Етіологія ФД точно не відома. У якості ймовірних факторів ризику ФД розглядають зв'язок з перенесеними гострими гастроінтестинальними інфекціями (так звана постінфекційна ФД), інфекція *H.pylori*, алергія, генетична схильність (поліморфізм гена GNB3). У якості патофізіологічних факторів ФД розглядають дисмоторні розлади (сповільнення спорожнення та порушення акомодатції шлунка), вісцеральна гіперчутливість на розтягнення шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК), гіперчутливість ДПК до кислоти та ліпідів, низько інтенсивне запалення та імунна активація слизової оболонки, дуоденальна еозинофілія, психосоціальні розлади.

ДІАГНОСТИКА

Рекомендація 1.

У хворих на диспепсію у віці понад 50 років або наявністю симптомів тривоги, так званих симптомів червоних прапорців, для виключення неоплазії верхніх відділків ШКТ та іншої органічної патології рекомендовано обов'язкове проведення ЕГДС.

Симптоми тривоги (симптоми «червоних прапорців»)

- Дисфагія, одиофагія
- Персистуюча блювота
- Зниження/відсутність апетиту
- Немотивоване зниження маси тіла
- Блідість кожних покривів, ознаки залізодефіцитної анемії
- Пальпуєме утворення в епігастрії, лімфоаденопатія
- Підвищення температури тіла
- Зміни лабораторних показників (анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ та ін.)
- Несприятливий сімейний анамнез по раку верхніх відділків ШКТ

Рекомендація 2.

У хворих з диспепсією у віці до 50 років та відсутністю симптомів тривоги рекомендується проведення неінвазивного тесту на *H. pylori* (13C-сечовинний дихальний тест або визначення фекального антигену *Hp*) та ерадикаційної терапії *Hp*-інфекції у разі позитивності, так звана стратегія «test-and-treat»

Рекомендація 3.

Діагностика ФД базується на основі Римських критеріїв IV, що рекомендують розглядати її як широке поняття, котре охоплює пацієнтів з постпрандіальним дистрес-синдромом (ФД-ПДС), пацієнтів з епігастральним больовим синдромом (ФД-ЕБС), а також пацієнтів с перехрестом симптомів ПДС та ЕБС (оверлеп-синдром або поєднання ЕБС та ПДС)

Діагностичні критерії ФД та її субтипів (Римські критерії IV)

В1. Функціональна диспепсія

Діагностичні критерії

1. Один або більше з таких:

- а. Докучливе відчуття повноти після їжі
- б. Докучливе швидке насичення
- с. Докучливий епігастральний біль
- д. Докучливе епігастральне печіння

А також

2. Відсутність даних про органічну патологію (включаючи верхню ендоскопію — ЕГДС), яка могла б задовільно пояснити ці симптоми

а. Відповідність критеріям має дотримуватися протягом не менше 3 останніх місяців із початком проявів не менше 6 міс. перед діагностикою

Діагностичні критерії ФД та її субтипів (Римські критерії IV)

В1а. Постпрандіальний дистрес-синдром

Діагностичні критерії

Мають включати один або обидва з наведених щонайменше 3 дні на тиждень:

- Докучливе відчуття повноти після їжі (тобто вираженість симптому така, що впливає на звичайну діяльність)
- Докучливе відчуття швидкого насичення (тобто вираженість симптому така, що неможливо з'їсти звичайний об'єм їжі до кінця)

А також

- Немає доказів на підставі рутинного обстеження (включаючи верхню ендоскопію) наявності органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б задовільно пояснити наявні диспепсичні симптоми

Відповідність критеріям має дотримуватися протягом не менше 3 останніх місяців із початком проявів не менше 6 міс. перед діагностикою

Діагностичні критерії ФД та її субтипів (Римські критерії IV)

B1a. Постпрандіальний дистрес-синдром

Допоміжні зауваження

- Епігастральний біль або печіння після їжі, здуття в епігастрії, надмірна відрижка та нудота також можуть бути наявними
- Наявність блювання дає змогу припускати іншу патологію
- Печія не є диспепсичним симптомом, але часто може бути супровідною
- Симптоми, прояви яких зменшуються після дефекації або відходження газів із кишечника, не мають розглядатися як такі, що належать до диспепсії

Діагностичні критерії ФД та її субтипів (Римські критерії IV)

B1b. Епігастральний больовий синдром

Діагностичні критерії

Мають включати 1 із наведених симптомів щонайменше 1 день на тиждень:

- Докучливий епігастральний біль (тобто його інтенсивність така, що знижує звичайну активність)

ТА/АБО

- Докучливе епігастральне печіння (тобто його інтенсивність така, що знижує звичайну активність)

А також

- Немає доказів на підставі рутинного обстеження (включаючи верхню ендоскопію) наявності органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б пояснити ці симптоми
- Відповідність критеріям має дотримуватися протягом не менше 3 останніх місяців із початком проявів не менше 6 міс. перед діагностикою.

Діагностичні критерії ФД та її субтипів (Римські критерії IV)

B1b. Епігастральний больовий синдром

Допоміжні зауваження

- Біль може бути викликаний прийомом їжі, зменшуватися після прийому їжі або натщесерце
- Здуття в епігастрії, відрижка та нудота також можуть бути наявними
- Наявність повторного блювання дає змогу припускати іншу патологію
- Печія не є диспепсичним симптомом, але часто може бути супровідною

Діагностичні критерії ФД та її субтипів (Римські критерії IV)

B1b. Епігастральний больовий синдром

- Наявний біль не відповідає критеріям біліарного болю
- Симптоми, прояви яких зменшуються після дефекації або відходження газів із кишечника, не мають розглядатися як такі, що належать до диспепсії

Інші симптоми захворювань органів травлення (таких як ГЕРХ та синдром подразненого кишечника) можуть супроводжувати ЕБС

Рекомендація 4.

Хворим на ФД не рекомендується проводити рутинне дослідження шлункової моторики або шлункової секреції

Рекомендація 5.

Спеціальне дослідження шлункової моторики рекомендується проводити тільки хворим на ФД з високою підозрою на наявність гастропареза.

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ДИСПЕПСІЄЮ

Рекомендація 6.

H. pylori -негативним хворим на диспепсією у віці до 50 років за відсутності симптомів тривоги, або хворим, що залишаються з симптомами після ерадикації інфекції *H. pylori* рекомендується емпірична терапія інгібіторами протонної помпи (ІПП) або призначення комбінації ІПП + прокінетик

Інгібітори протонної помпи в лікуванні диспепсії

Препарат	Доза для дорослих (перорально)
Омепразол	20-40 мг
Лансопразол	15-30мг
Пантопразол	20-40 мг
Рабепразол	10-20мг
Езомепразол	20-40 мг
Декслансопразол	30-60 мг
• Зазвичай усі ІПП приймають 1 раз на добу за 30 хвилин до сніданку • Рабепразол (Рабімак) демонструє найшвидший час настання кислотосупресивноїдії • При рефлюкс-езофагітах В-D та ерадикації Нр-інфекції доза підвищується удвічі, при цьому першу дозу приймають за 30 хвилин до сніданку, другу - за 30 хвилин до вечері	

Рекомендація 7.

Уразі виникнення НПЗП-індукованої диспепсії альтернативним препаратом є ребамипід.

В Україні препарат ребамипід зареєстрован під торговою назвою **Мукоген**.

Рекомендація 8.

Хворим на диспепсією у віці до 50 років за відсутності симптомів тривоги, що не дають відповіді на ерадикацію *H. pylori*, прийом ІПП, прокінетиків або їх комбінації рекомендується терапія низькими дозами трициклічних антидепресантів (ТЦА).

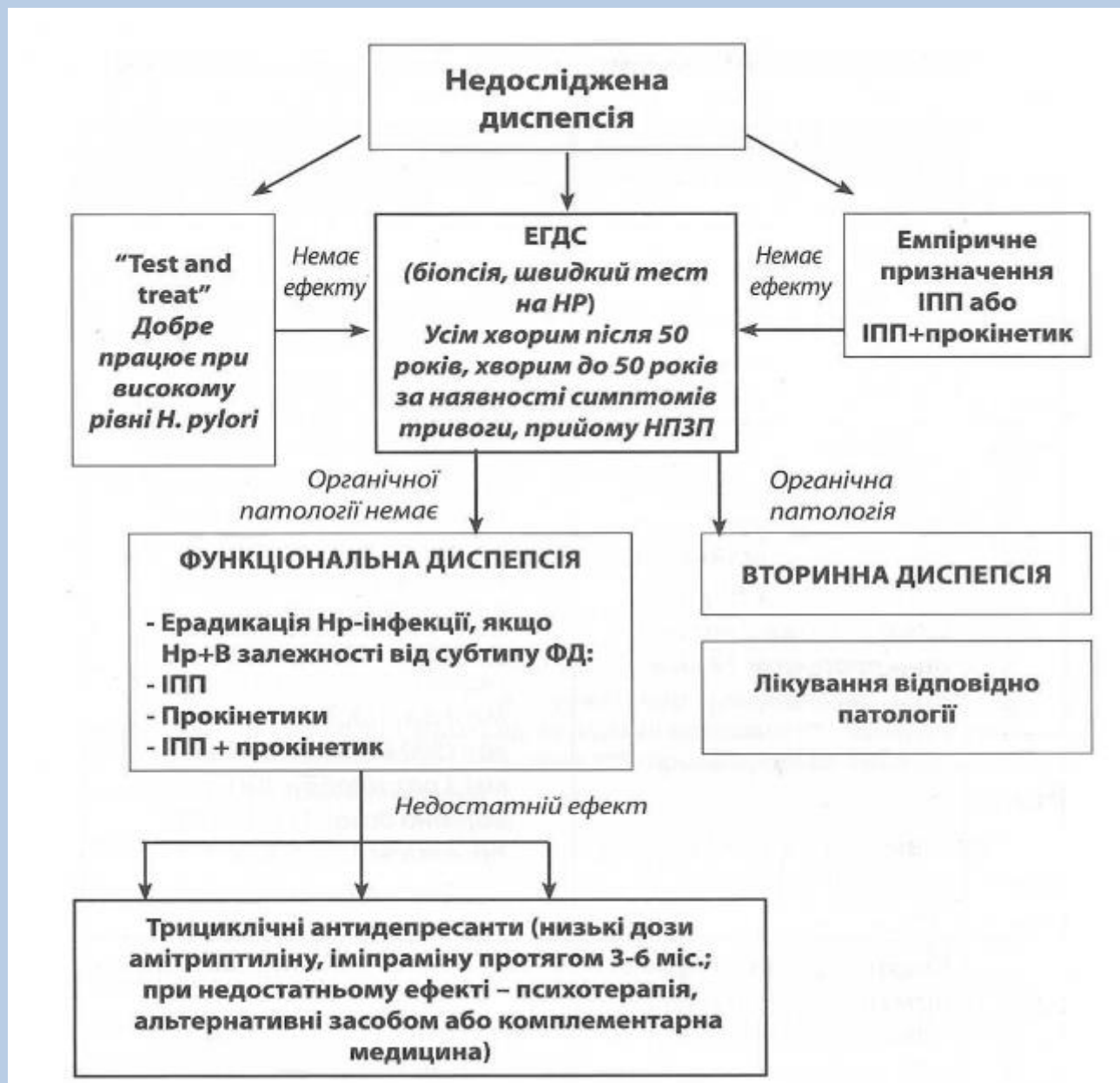


Рис. 1. Алгоритм ведення хворого на необстежену диспепсію

Рекомендація 9.

H. pylori -позитивним хворим на ФД рекомендується ерадикаційна терапія Нр-інфекції із застосуванням високих доз ІПП згідно рекомендаціям Маастрихтського консенсусу 5-2015.

Рекомендація 10.

H.pylori -негативним хворим на ФД-ЕБС, або хворим, що залишаються з симптомами після ерадикації інфекції *H. pylori* рекомендується терапія ІПП у стандартних дозах.

Рекомендація 11.

H.pylori -негативним хворим на ФД-ПДС рекомендується терапія прокінетиками з доведеною ефективністю.

Прокінетики з доведеною ефективністю при лікуванні функціональної диспепсії

Препарат	Кількість доказових досліджень	Ефект/сумарна кількість пацієнтів	SUCRA	Ймовірність ефекту, %
Метоклопрамид	1	50/68	0.925	92,5
Тримебутін *	1	18/27	0.745	74,5
Мозаприд	5	244/335	0.633	63,3
Домперідон	13	571/773	0.629	62,9
Ітоприд**	9	576/955	0.324	32,4
Акотіамид	5	379/713	0.243	24,3
Плацебо	18	603/1602	0.002	0,2

Примітка: SUCRA - поверхня під кривою сукупного ранжування. Більш високе значення SUCRA вказує на кращі терапевтичні результати на основі непрямого порівняння

*Тримебутін в Україні зареєстрований під торговою назвою Тримспа

** Ітоприд розглядається як препарат вибору при поєднанні ФД-ПДС та синдрому подразненої кишки с закрепом

Рекомендація 12.

H. pylori -негативним хворим з поєднанням ФД-ПДС та ФД-ЕБС (оверлап-синдром) рекомендується комбінований прийом ІПП та прокінетика .

Рекомендація 13.

Хворим на ФД, що не відповідають на лікування ІПП, прокінетиками, комбінацією ІПП + прокінетик або ерадикацію інфекції *H. pylori*, рекомендується призначати низькі дози ТЦА (амітриптилін, іміпрамін).

Рекомендація 14.

Хворим на ФД не рекомендується рутинне застосування альтернативних препаратів або комплементарної медицини.

Рекомендація 15.

Хворим на ФД, що не відповіли на лікування ІПП, прокінетиками, комбінацією ІПП + прокінетик, ерадикацію інфекції *H. pylori* або ТЦА можна розглядати терапію альтернативними препаратами резерву.

Лікування різних субтипів ФД в залежності від інфікування *H. pylori*

	ФД-ЕБС	ФД-пдс	Оверлеп-синдром (ЕБС + ПДС)
Нр+	- Ерадикація <i>Hp</i> - ІПП - ТЦА (низькі дози) - ІПП + прокінетики - Психотерапія - Альтернативні засоби*	- Ерадикація <i>Hp</i> - Прокінетики або ІПП + прокінетики - ТЦА (низькі дози) - Психотерапія - Альтернативні засоби*	- Ерадикація <i>Hp</i> - ІПП + прокінетики - ТЦА (низькі дози) - Психотерапія - Альтернативні засоби*
Нр-	- ІПП - ТЦА (низькі дози) - ІПП + прокінетики - Психотерапія - Альтернативні засоби* - Фітотерапія	- Прокінетики або ІПП + прокінетики - ТЦА (низькі дози) - Психотерапія - Альтернативні засоби* - Фітотерапія	- ІПП + прокінетики - ТЦА (низькі дози) - Психотерапія - Альтернативні засоби* - Фітотерапія

Примітка: * альтернативні засоби - ребамипід (**Мукоген**), буспірон, прегабалін, монтелукаст, H1-гістаміноблокатори, гомеопатичні засоби

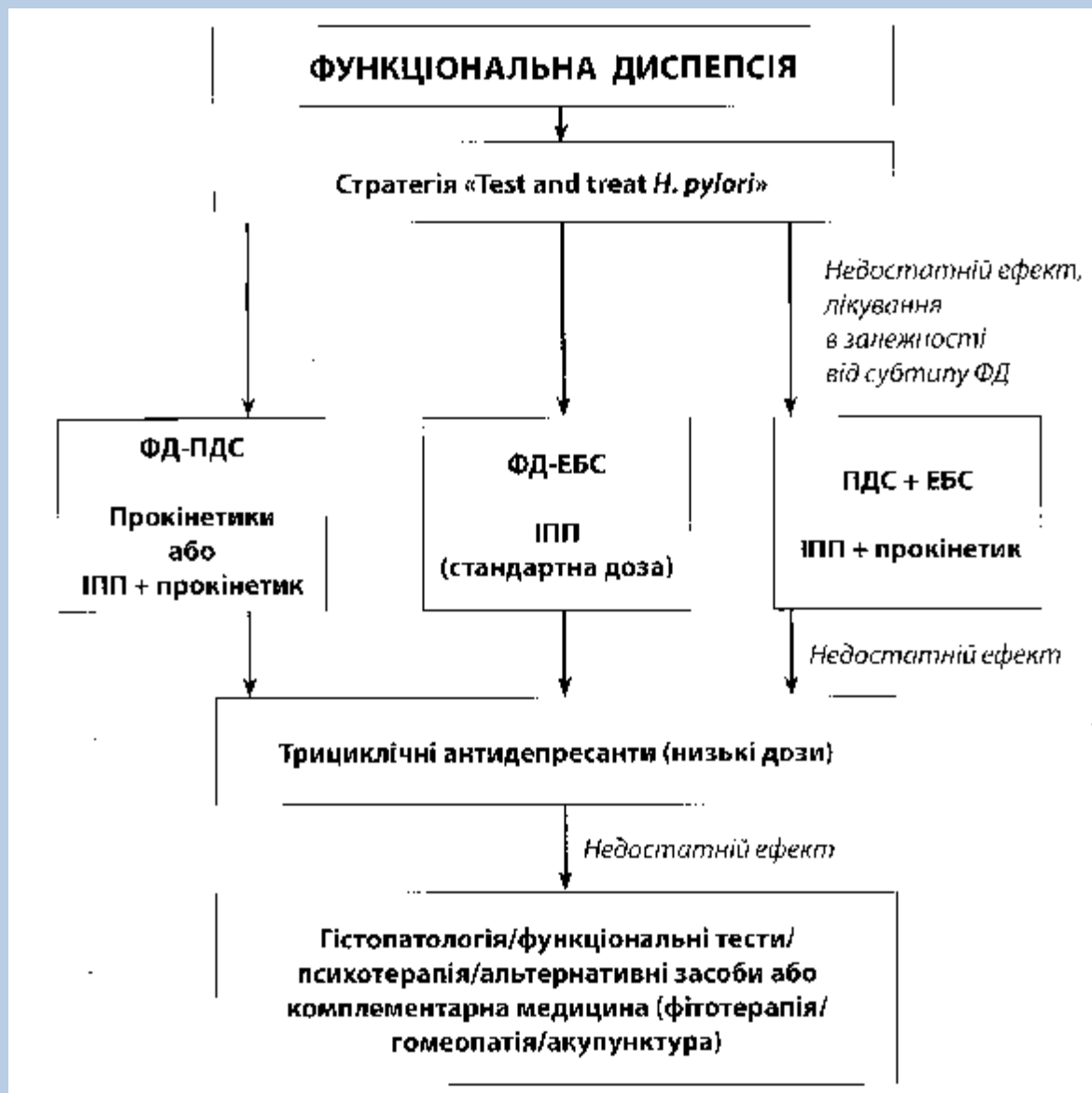


Рис . Покроковий алгоритм ведення хворих з ФД

Рекомендація 16.

Хворим на ФД, що не відповіли на будь-яке медикаментозне лікування, рекомендується консультація психотерапевта та проведення психотерапевтичного лікування.

Визначення

С1. Синдром подразненого кишечника

(Римські критерії – IV, 2016)

- функціональний кишковий розлад, при якому абдомінальний біль пов'язаний з порушенням дефекації (зміною частоти дефекації і консистенції кала)

Епідеміологія СПК

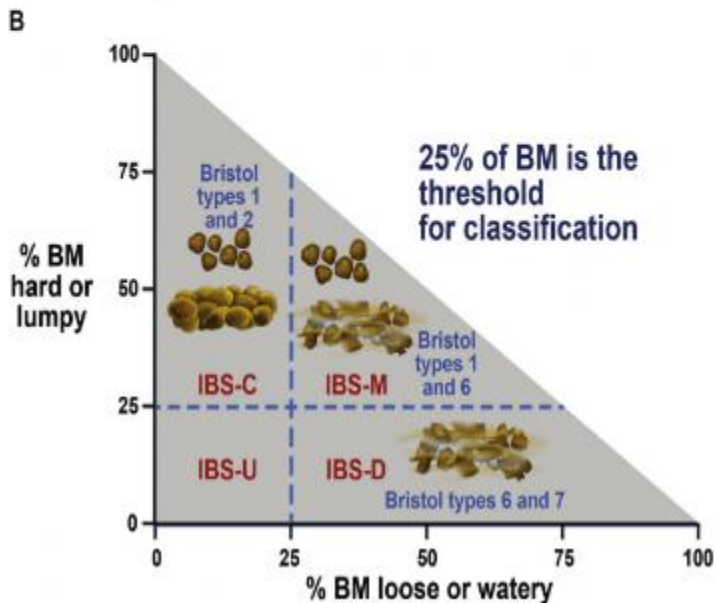
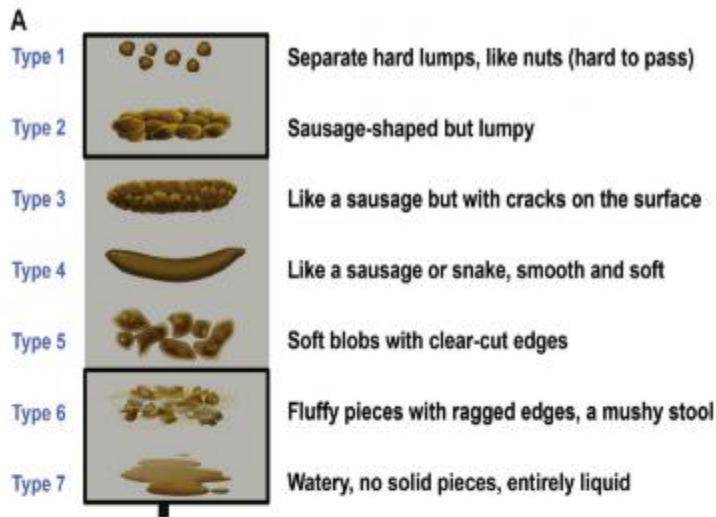
- Функціональні захворювання кишечника – від 14-22% до 38-48% населення земної кулі
- СПК – 30-50% хворих, які звертаються до гастроентеролога
- 2/3 пацієнтів не звертаються за медичною допомогою – феномен айсберга
- Пік захворюваності СПК – 30-40 років
- Жінки хворіють в 2 рази частіше чоловіків

Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., 2007

Етіологія і патогенез СПК

- Гастроінтестинальна дисмоторика
- Імунне запалення низького ступеня активності (гіперфункція тучних клітин, $\uparrow$ **TNF- α** , **IL-6**, **IL-8**, $\downarrow$ **IL-10**, **IL-12**)
- Вісцеральна гіперчутливість (зниження порога сприйняття болю)
- Зміна мікробіому кишечника (дисбіоз товстого кишечника)
- Зовнішньосекреторна недостатність ПЗ
- Дієта
- Генетична схильність
- Стрес

Бристольська шкала у світі Рим IV



СПК з перевагою закрепи – 1-2 тип калових мас за Бристольською шкалою 25% і більше і 6-7 тип менше 25% випорожнень кишечника

СПК з перевагою діареї – 6-7 тип калових мас 25% і більше і 1-2 тип менше 25% випорожнень кишечника

Змішаний підтип СПК – 1-2 тип 25% і більше і 6-7 тип 25% і більше випорожнень кишечника

Невизначений підтип СПК – неповна відповідність консистенції стільця 1, 2 чи 3 підтипам СПК

Основні підтипи СПК

СПК з перевагою закрепу	СПК з перевагою діареї
Стілець менше 3-х разів на тиж	Стілець більше 3-х разів на день
Твердий чи бобовидний кал	Розжижений чи водянистий кал
Натужування при дефекації	Імперативні позиви на акт дефекації (неможливість затримати випорожнення)
Відчуття неповного випорожнення кишки	
Біль у животі	
Відчуття здуття, переповнення у животі	

Больовий синдром при СПК

- Основною причиною є порушення рухової активності кишечника на фоні подразнення вісцеральних нервових закінчень в результаті розтягування органа чи спазма гладкої мускулатури





Позакишкові прояви СПК

- ✓ Головний біль (по типу мигрені)
- ✓ Відчуття «комка» при ковтанні
- ✓ Невдоволеність вдихом
- ✓ Неможливість спати на лівому боці
- ✓ Зябкість пальців рук
- ✓ Клінічні прояви невиразкової диспепсії (в 25% випадків): печія, кисла відрижка, нудота, іноді блювота, відчуття важкості і переповнення в епігастрії; біль в верхній половині живота
- ✓ Клінічні прояви гіперактивного сечового міхура
- ✓ Зниження настрою
- ✓ Біль в ділянці прямої кишки
- ✓ Відчуття тремтіння

Симптоми тривоги при СПК (1)

- **Скарги і анамнез:**
 - немотивована втрата ваги,
 - нічна симптоматика,
 - постійний інтенсивний біль у животі як провідний симптом ураження ШКТ,
 - початок у похилому віці,
 - рак товстої кишки у родичів.

Симптоми тривоги при СПК (2)

- **Фізикальне обстеження:**
 - лихоманка,
 - Зміни при фізикальному огляді (гепатомегалія, спленомегалія).
- **Лабораторні показники:**
 - кров у випорожненні,
 - лейкоцитоз,
 - анемія,
 - прискорення ШОЕ,
 - зміни у біохімії крові.

Діагностичний «оптимум» СПК:

- фізикальний огляд, аноректальне обстеження
- клінічний і біохімічний аналізи крові
- аналізи кала - загальний і на приховану кров
- С-реактивний білок і фекальний кальпротектин
- Фекальна еластаза
- бактеріологічне дослідження кала
- УЗІ ОЧП
- ректосигмоскопія чи колоноскопія
- гінекологічне обстеження
- консультація психотерапевта

Дифференціальна діагностика

- Новоутворення товстої кишки
- Запальні захворювання кишечника
- Дивертикулярна хвороба
- Дисфункція м'язів тазового дна
- Неврологічні захворювання (хвороба Паркінсона, розсіяний склероз)
- Побічні ефекти ЛЗ
- Гіпотиреоз і гіперпаратиреоз

Діагноз СПК є діагнозом виключення!

Діагностичні критерії СПК

Рецидивуючий абдомінальний біль хоча б 1 раз на тиждень протягом 3-х останніх місяців, який супроводжується 2 чи більше вказаними ознаками:

- Пов'язаний з (покращення після) дефекацією
- Початок захворювання не обов'язково супроводжується зміною частоти дефекації
- Початок захворювання не обов'язково супроводжується зміною консистенції кала

** Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3-х міс. і з'явилися за 6 міс. до встановлення діагнозу*

Додаткові діагностичні критерії СПК

- порушення частоти дефекації
(≤ 3 дефекацій/тижд чи > 3 дефекацій/день)
- зміна консистенції кала
(твердий/"овечий" чи рідкий/водянистий)
- натужування при дефекації
- імперативні позови
- відчуття неповного випорожнення кишечника
- виділення слизу з калом
- здуття живота

Цілі лікування

- *Коррекція психоемоційної сфери*
- *Коррекція порушених функцій кишечника*
- *Купірування больового синдрому*

Лікування хворих на СПК є дуже важкою задачею.

Кожен конкретний пацієнт потребує індивідуального підходу.

Лікування повинно бути комплексним.



Немедикаментозне лікування

- «Загальні заходи»: освіта хворих, зняття емоційної напруги, навчання дієтотерапії
- Дієта: елімінаційна – виключаються продукти і напої, викликаючи неприємні відчуття (біль)



Римські критерії – IV, 2016

Симптом	Дози
Абдомін. біль	▪ Міотропні спазмолітики - 1-4 рази/добу ▪ Трициклічні антидепресанти ▪ Інгібітори зворотнього захвату серотоніна - починати з 25-50 мг перед сном ▪ Масло м'яти перцевої - Починати з малих доз
Діарея	▪ Лоперамид - 2-4 мг/добу ▪ Антибіотики - Ріфаксимін ▪ Пробіотики ▪ Опіоїдні агоністи ▪ Алосетрон, осетрон при тяжкому перебігу
Закреп	▪ Мукофальк - 1-2 пакетики 1-4р/добу ▪ Поліетиленгліколь - 1-2 пакетики 1р/добу ▪ Активатори хлоридних каналів - Лубипростон ▪ Агоністи гуанілатциклази-С - Лінаклотид



КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
УКРАЇНСЬКОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ
АСОЦІАЦІЇ ПО ВЕДЕННЮ ХВОРИХ
НА СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ

С.М. Ткач, А.Е. Дорофєєв, Н.В. Харченко, Ю.М. Степанов,
І.М. Скрипник, Л.Ф. Матюха, О.В. Швець



ЗАТВЕРДЖЕНО
УГА 03.10.2019
УАСМ 06.06.2019



Клінічні рекомендації Української Гастроентерологічної Асоціації з ведення хворих на СПК

Покроковий алгоритм лікування СПК

Крок 1	Ключові характеристики пацієнта	Домінуючий синдром, попереднє лікування, вподобання та очікування пацієнта	
Крок 2	Просвіта пацієнта	Пояснення суті хвороби	
Крок 3	Модифікація життя та дієти, обмеження тригерних факторів	Здоровий спосіб життя, фізичні вправи, психологічна стабільність, врахування харчової непереносимості, виключення алкоголю, жирної, гострої їжі, яка утворює гази, обмеження кількості і розмірів порцій, дієта з низьким вмістом FODMAPs, розчинні волокна, олія м'яти перцевої, пробіотики	
Крок 4	Оцінка ефективності протягом 4-8 тижнів, недостатній ефект		
Крок 5	Медикаментозне лікування в залежності від домінуючого синдрому		
Біль	Здуття	Діарея	Закреп
Рифаксимін	Рифаксимін	Рифаксимін	Макроголи
Спазмолітики	Спазмолітики		Лінаклотід*
	Пробіотики	Пробіотики	Плеканатід*
ТЦА/СІЗЗС	ТЦА/СІЗЗС	Лоперамід Елюксадолін* Алосетрон*	Любіпростан* Тегасерод*

Примітка: *- в Україні не зареєстровані і недоступні

Прогноз

Прогноз захворювання відносно тривалості життя благоприємний, але повного одужання чи стабільного покращення часто досягти не вдається.

Повне зникнення клінічних проявів спостерігається менше ніж у 25% хворих, хоча покращення стану буває у багатьох випадках.

Контрольні питання

- Поняття диспепсії
- Недосліджена диспепсія. Визначення. Тактика сімейного лікаря, лікаря-терапевта.
- Класифікація ФД
- Лікування пацієнтів з ЕБС
- Лікування пацієнтів з ПДСС
- СПК. Класифікація
- Рекомендації щодо ведення пацієнтів на СПК

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!