

Что принимать после переедания: ферменты или прокинетики?

К.м.н. С.С. Вялов

ФГАОУ ВО РУДН, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные о дифференцировании симптомов, объединенных под популярным термином «переедание». Функциональная диспепсия проявляется регулярно повторяющимися симптомами: переполненностью после приема пищи, тяжестью в животе после еды, ранним чувством насыщения, жжением в эпигастрии или изжогой, дискомфортом и болями в эпигастрии. Симптомы диспепсии часто сопровождают синдром раздраженного кишечника в связи с общими этапами в развитии этих заболеваний. Ключевым диагностическим критерием диспепсии являются результаты гастроскопии. Проявления хронического панкреатита радикально отличаются от симптомов диспепсии, при которой пациенты часто самостоятельно используют препараты ферментов. Хронический панкреатит может протекать длительное время без клинических проявлений. Хронический панкреатит сопровождается двумя основными симптомами: болями в животе и панкреатической недостаточностью. Основной целью лечения секреторной недостаточности является заместительная терапия, приводящая к нормализации стула и набору веса. Средством выбора для лечения симптомов «переедания» может являться многоцелевая терапия препаратом Иберогаст®, обладающим одновременно прокинетиическим и спазмолитическим действием, а также уменьшающим гиперчувствительность желудка.

Ключевые слова: пищеварение, диспепсия, хронический панкреатит, прокинетики, ферменты, Иберогаст.

Для цитирования: Вялов С.С. Что принимать после переедания: ферменты или прокинетики? // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 1(1). С. 24–29.

ABSTRACT

What to take after overeating: enzymes or prokinetics?

Vyalov S.S.

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

The article presents data on the differentiation of symptoms, united under the popular term “overeating”. Functional dyspepsia manifests with regularly recurrent symptoms: postprandial fullness, heaviness in abdomen after meal, early feeling of satiety, burning in epigastrium or heartburn, epigastric pain and discomfort. Symptoms of dyspepsia often accompany irritable bowel syndrome due to the common stages in the development of these diseases. The key diagnostic criterion for dyspepsia is the results of gastroscopy. The manifestations of chronic pancreatitis differ radically from the symptoms of dyspepsia, for relieving which patients often use enzyme preparations. Chronic pancreatitis can occur for a long time without clinical manifestations. Chronic pancreatitis is accompanied by two main symptoms: abdominal pain and pancreatic insufficiency. The main goal of treatment of secretory insufficiency is a replacement therapy, which leads to normalization of stool and weight gain. The means of choice for the treatment of “overeating” symptoms may be a multi-purpose therapy with Iberogast, which has both prokinetic and spasmolytic effects, and also reduces gastric hypersensitivity.

Key words: digestion, dyspepsia, chronic pancreatitis, prokinetics, enzymes, Iberogast.

For citation: Vyalov S.S. What to take after overeating: enzymes or prokinetics? // RMJ. Medical Review. 2018. № 1(1). P. 24–29.

В нашей стране весьма распространено самостоятельное лечение нарушений пищеварения. Чаще всего пациентов беспокоят эпизодические ощущения тяжести и переполненности в животе, распирающие, раннее насыщение после погрешностей в питании. По статистике, с целью улучшения самочувствия, т. е. симптоматического лечения, как правило, применяют препараты панкреатических ферментов. Анализируя ситуацию, мы сталкиваемся с противоречием: панкреатические ферменты используются в лечении хронического панкреатита, а тяжесть и переполненность после обильного приема пищи являются симптомами диспепсии. Хронический панкреатит не сопровождается симптомами диспепсии. Также сравнивая статистику по заболеваемости хроническим панкреатитом с количе-

ством принимаемых пациентами ферментных препаратов, мы с легкостью можем обнаружить, что ферментов продается намного больше, чем зарегистрировано больных с секреторной недостаточностью поджелудочной железы. Таким образом, большая часть использования ферментов приходится на самостоятельное лечение симптомов диспепсии, реально не связанных с хроническим панкреатитом.

ПЕРЕВАРИВАНИЕ ПИЩИ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ

В нашем организме все подчинено определенным правилам, в т. ч. и процессы переваривания пищи. Когда мы потребляем пищу, то сначала небольшое количество време-

ни пережевываем ее, после чего проглатываем. Буквально за пару секунд пища попадает через пищевод в желудок. В обычном состоянии желудок сокращен, однако при поступлении в него пищи его верхние отделы начинают медленно растягиваться. Этот процесс называется accommodation желудка. Пища постепенно накапливается и маленькими порциями начинает поступать в нижние отделы желудка, где продолжает измельчаться и перемешиваться за счет сокращений желудка, а по мере готовности к дальнейшему перевариванию поступает в двенадцатиперстную кишку. Процесс переваривания пищи в желудке занимает от одного до нескольких часов. Далее в двенадцатиперстной кишке жиры из пищи эмульгируются желчью, подготавливая организм к их перевариванию. Затем происходит обработка ферментами поджелудочной железы, начинается расщепление жиров и других компонентов пищи [1, 2].

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ

Используя для лечения нарушений пищеварения препараты ферментов, содержащие в первую очередь липазу (для переваривания жиров), мы компенсируем нарушенную внешнесекреторную или пищеварительную функцию поджелудочной железы. Дополнительной целью использования ферментов может быть временная компенсация нарушения их доставки в двенадцатиперстную кишку.

Все панкреатические ферменты инактивируются пепсином и соляной кислотой желудочного сока. Поэтому лекарственные средства, содержащие пищеварительные ферменты, заключаются в кислотоустойчивую кишечнорастворимую капсулу. Это предотвращает их раннее высвобождение и, соответственно, разрушение. Именно по причине кислотоустойчивой кишечнорастворимой оболочки панкреатические ферменты активируются и начинают «работать» только в двенадцатиперстной кишке. Они не оказывают действия в желудке, поскольку не высвобождаются в нем из капсулы. А если бы мы использовали ферменты без капсулы, они разрушились бы желудочным соком. Высвобождение ферментов в желудке чревато банальным отсутствием эффекта и разрушением препарата [3, 4].

При хронических заболеваниях поджелудочной железы стандартами лечения предусматривается также одновременное назначение ингибиторов протонной помпы для снижения желудочной секреции. Такая рекомендация преследует две цели: уменьшение стимулирующего действия желудочного сока на поджелудочную железу и уменьшение разрушения панкреатических ферментов.

Показаниями для терапии ферментами служат тяжелые заболевания с нарушением внешнесекреторной функции железы, такие как хронический панкреатит, муковисцидоз, удаление поджелудочной железы, рак поджелудочной железы, сужение протоков железы. Для симптоматической терапии ферменты могут быть использованы при стеаторее (жидкий, жирный, зловонный кал), частичном или тотальном удалении желудка, после удаления желчного пузыря, при сужении желчевыводящих путей, некоторых видах гепатитов [5].

Следует отметить, что панкреатические ферменты в качестве симптоматической терапии диспепсии не решают основной проблемы заболевания. При заболеваниях, сопровождающихся диспепсией, используются препараты, восстанавливающие сокращения, тонус

и моторику желудка, двенадцатиперстной кишки, панкреатических и желчевыводящих путей, т. е. спазмолитики и прокинетики.

Пищеварительные ферменты противопоказаны при острым панкреатите и обострении хронического панкреатита.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Проявления хронического панкреатита радикально отличаются от симптомов диспепсии, которую мы часто испытываем после погрешностей в диете и при которой чаще всего используются препараты ферментов. Острый панкреатит является госпитальным заболеванием и выходит за рамки обсуждаемой тематики, поэтому в данной статье мы не будем касаться острых состояний. Однако рецидивирующие, повторяющиеся эпизоды острого панкреатита могут приводить к развитию хронического панкреатита.

Под хроническим панкреатитом мы понимаем прогрессирующие воспалительные изменения поджелудочной железы в результате повреждения ее структуры. Эти изменения приводят к пищеварительной и гормональной недостаточности. Хронический панкреатит может протекать без клинических проявлений в течение длительного периода времени. Также он может проявляться симптомами панкреатической недостаточности без болей. При хроническом панкреатите определяемые в анализе крови показатели поражения поджелудочной железы (амилаза и липаза) обычно не превышают нормальных значений. Хронический панкреатит сопровождается двумя основными симптомами: болями в животе и панкреатической недостаточностью [6].

Типичная локализация болей в животе при хроническом панкреатите — в верхней части живота, эпигастрии, боли часто отдают в спину, реже сопровождаются тошнотой и рвотой, частично облегчаются при наклоне вперед. Панкреатические боли возникают или усиливаются через 15–30 мин после еды и в начале заболевания носят приступообразный характер, при прогрессировании заболевания становятся длительными. Панкреатические боли иногда бывают весьма разнообразными.

Болевой синдром при хроническом панкреатите возникает вследствие повышения давления в протоках внутри поджелудочной железы, разрушения ее клеток и нарушения питания железы. Основой лечения панкреатических болей является назначение спазмолитиков и анальгетиков.

Панкреатическая недостаточность связана с недостаточной выработкой пищеварительных ферментов, в основном протеаз и липаз. Пациенты с недостаточностью секреции полностью или частично лишены способности переваривать жиры и белок. Однако значимые для самочувствия нарушения пищеварения возникают, когда потеряно более 90% функции железы, т. е. сопутствуют только тяжелым случаям хронического панкреатита. Ключевым проявлением ферментативной недостаточности является стеаторея: жидкий, рыхлый, жирный, зловонный стул, который плохо смывается с унитаза (рис. 1а). Иногда встречается нарушение всасывания жирорастворимых витаминов (А, D, E, K), проявляющееся соответствующими симптомами авитаминоза. Вследствие нарушения переваривания пищи пациенты с хроническим панкреатитом быстро теряют вес и с большим трудом его набирают [7].

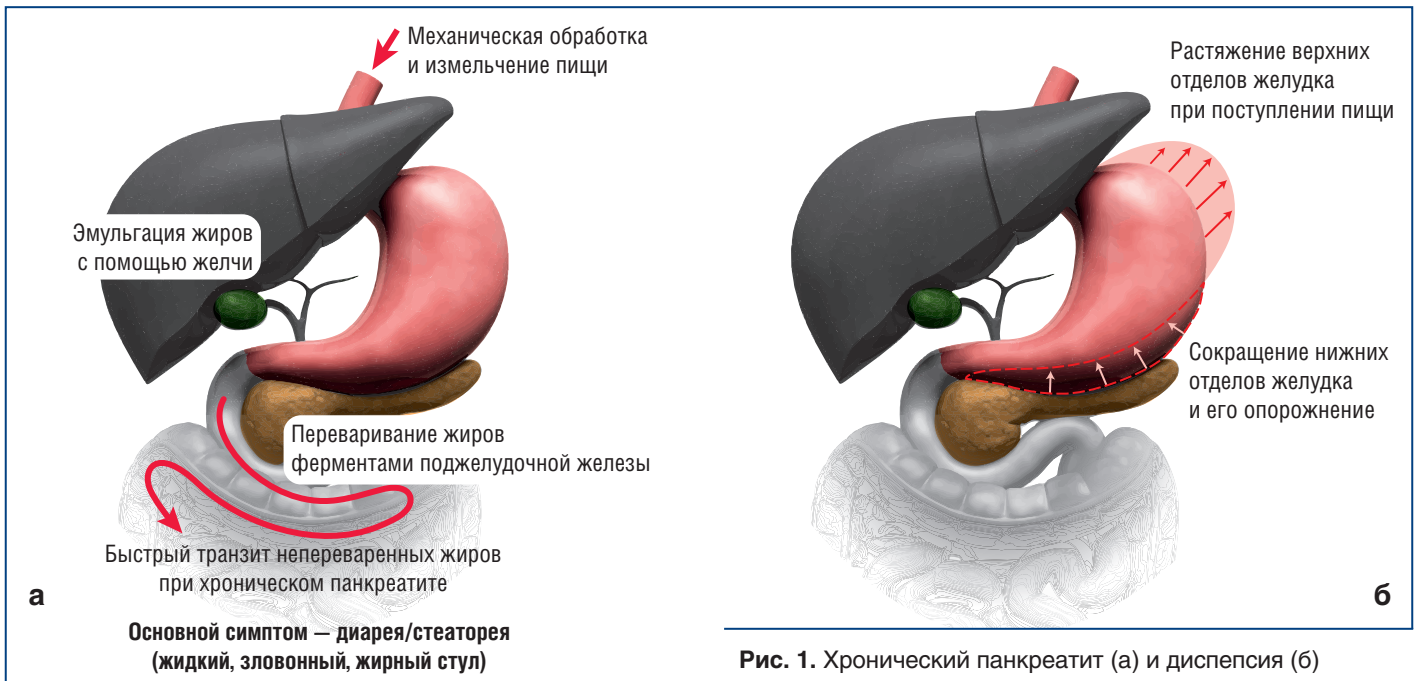


Рис. 1. Хронический панкреатит (а) и диспепсия (б)

Сегодня главным методом, подтверждающим наличие нарушений панкреатической секреции, является определение панкреатической эластазы в кале. По причине повреждения клеток поджелудочной железы снижается общее количество выделяемых ферментов. Анализ показывает уровень естественной секреции, на его результаты не влияет прием медикаментов [8].

Основной целью лечения секреторной недостаточности при хроническом панкреатите является заместительная терапия, приводящая к нормализации стула и набору веса (табл. 1). У пациентов с полным отсутствием секреции поджелудочной железы достаточно замещения всего 10% секреции для прекращения стеатореи, т. е. около 100 тыс. Ед/сут. Рекомендуется использовать 40 тыс. Ед на 3 основных приема пищи и по 10 тыс. Ед на перекусы. При этом нет необходимости в строгом соблюдении диеты [9].

Поскольку подобный вид стула (стеаторея) также может быть связан с различными причинами (колит и др.), препараты панкреатических ферментов назначаются пациенту после получения результатов анализа кала, в котором обнаружено значительное снижение панкреатической эластазы.

Симптомы функциональной и ситуационной диспепсии («переедания») и их лечение

Симптомы диспепсии встречаются на порядок чаще, чем симптомы хронического панкреатита. По разным статистическим данным, в развитых странах от 28 до 35% людей страдают диспепсией.

Под функциональной диспепсией мы понимаем следующие регулярно повторяющиеся симптомы: переполненность после приема пищи, тяжесть в животе после еды, раннее чувство насыщения, жжение в эпигастрии или изжога, а также дискомфорт и боли в эпигастрии. Причем симптомы диспепсии часто сопровождают и синдром раздраженного кишечника в связи с общими этапами в развитии этих заболеваний. Ключевым диагностическим критерием диспепсии являются результаты гастроскопии.

В механизме развития симптомов диспепсии ключевую роль играют нарушения тонуса и моторики желудка. У 40% пациентов с диспепсией нарушается расслабление верхних отделов желудка, у 35% развивается задержка опорожнения желудка, у 35% пациентов возникает повышенная чувствительность желудка (рис. 1б) [10, 11].

Таким образом, лечение назначается с учетом механизма развития диспепсии. При любом варианте диспепсии — с преобладанием болей или с преобладанием тяжести и переполненности — для лечения используются прокинетики (табл. 1).

Прокинетики обеспечивают нормальное расслабление верхних отделов желудка при поступлении пищи и его опорожнение при переваривании, поэтому играют ключевую роль в лечении таких симптомов, как тяжесть в эпигастрии, чувство переполненности, раннее чувство насыщения, даже болевой синдром. Важно понимать, что прием прокинетиков при диспепсии должен предшествовать приему пищи! Это продиктовано тем, что препарат должен присутствовать в организме и начать действовать, чтобы к моменту приема пищи был сформирован его эффект. Прием прокинетиков после приема пищи на порядок менее эффективен ввиду замедления всасывания лекарства [12].

При переедании возможное нарушение пищеварения не связано с нарушением функции поджелудочной железы,

Хронический панкреатит	Симптомы диспепсии («переедания»)
Метеоризм, вздутие, газообразование, жидкий, рыхлый, жирный, зловонный стул, оставляет следы, снижение веса	Переполненность после приема пищи, раннее чувство насыщения, жжение в эпигастрии или изжога, нет снижения веса
Боли в эпигастрии, приступообразные, отдающие в спину, возникающие через полчаса после еды, не проходят самостоятельно, длительные, сопровождаются тошнотой и рвотой	Дискомфорт и боли в эпигастрии, распирающие или давящие, возникающие сразу после приема пищи, проходящие самостоятельно через несколько часов
Лечение: ферменты, спазмолитики	Лечение: прокинетики, в т. ч. Иберогаст

со снижением выработки ферментов, а обычно вызвано длительной задержкой пищи в желудке. Таким образом, переедание и связанные с ним симптомы являются одним из вариантов функционального нарушения пищеварения — так называемой «ситуационной» диспепсии. Поэтому нет необходимости использовать ферменты. Для лечения переедания нужны лекарства, восстанавливающие нормальные сокращения желудка и препятствующие задержке в нем пищи, т. е. прокинетики.

ВЫБОР ПРОКИНЕТИКА

На сегодняшний день арсенал прокинетиков не очень широк. С 1960-х гг. применяются метоклопрамид и домперидон, каждый со своими особенностями и недостатками.

Метоклопрамид блокирует дофаминовые рецепторы, ослабляет чувствительность висцеральных нервов, через парасимпатическую нервную систему оказывает влияние на тонус и двигательную активность верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, а именно повышает тонус желудка и ускоряет его опорожнение. Однако метоклопрамид проникает через гематоэнцефалический барьер, с чем связаны возможная сонливость, раздражительность, заторможенность после приема препарата, а также высокий риск экстрапирамидных нарушений. В западных странах метоклопрамид применяется в основном при химиотерапии онкологических больных для коррекции тошноты и рвоты. В нашей стране метоклопрамид традиционно является препаратом «скорой помощи» и, безусловно, не подходит для лечения симптомов диспепсии [13].

Домперидон также блокирует дофаминовые рецепторы, но не проникает через гематоэнцефалический барьер, что позволяет более широко использовать данный препарат. Однако исследования по безопасности, в т. ч. американский мета-анализ, включающий 17 плацебо-контролируемых исследований, выявил кардиотоксичность домперидона [14]. Впоследствии был изучен механизм этого явления. Оказалось, что домперидон блокирует калиевые каналы в сердечной мышце, что приводит к удлинению интервала QT на кардиограмме и риску развития аритмии. По этой причине не рекомендуется использовать домперидон в детском и пожилом возрасте, применять его совместно с другими препаратами, удлиняющими интервал QT или проходящими метаболизм через те же ферменты цитохрома в печени. Согласно европейским рекомендациям, домперидон следует назначать в дозах не более 30 мг в сутки и не более 1 нед. Основными показаниями к использованию домперидона являются тошнота и рвота [14].

Тримебутин — особенный препарат, преимущественно действующий на периферические опиатные рецепторы, по аналогии с наркотическими анальгетиками. Инструкция по применению препарата в западных странах отличается от отечественной инструкции. В исследованиях тримебутин показал себя как неконкурентный спазмолитик. Его взаимодействие с опиатными рецепторами оказывает местное обезболивающее действие, аналогичное действию лидокаина. Вопреки утвержденной отечественной инструкции по применению, в ряде

исследований было установлено, что на фоне приема препарата сократительная активность желудка снижается, т. е. он не обладает прокинетиическим эффектом [15, 16]. Клинические данные подтверждают эффективность тримебутина преимущественно в отношении нижних отделов кишечника. При синдроме раздраженного кишечника было проведено 18 двойных слепых исследований, в 11 из которых эффект тримебутина был сопоставим с эффектом плацебо, а в 3 исследованиях — с эффектом спазмолитика мебеверина. Превышение рекомендуемых дозировок за счет неизбирательного действия препарата может приводить к появлению побочных эффектов со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Исходя из указанных особенностей, тримебутин показан преимущественно для восстановления моторики кишечника, в ограниченном числе случаев может быть рекомендован при симптомах диспепсии, переедании, хроническом панкреатите или заболеваниях пищевода и желудка [15–17].

Иберогаст® — относительно новый для нашей страны препарат. В западных странах он доступен уже в течение более 50 лет. Иберогаст® представляет собой комбинацию лекарственных растений в специально подобранном соотношении. С немецкой педантичностью во множестве исследований был изучен механизм действия препарата Иберогаст® — он взаимодействует с серотониновыми ре-

Иберогаст®



Уникальный¹ растительный нормокинети с клинически доказанной эффективностью² (класс 1A)³ для многоцелевой терапии функциональной диспепсии и СРК⁴



- Расслабляет и/или тонизирует участки ЖКТ с нарушенной моторикой
- Уменьшает основные симптомы СРК и функциональной диспепсии (боль, нарушения стула, жжение в эпигастрии, раннее насыщение, чувство переполнения, тошнота)⁴
- Снижает висцеральную гиперчувствительность⁵
- Начинает действовать с первых минут⁶

LINUMMСС.04.2017.1733
 1. Лекарство иберогаст® 9 экстрактов поддерживает патенты Европейского патентного ведомства № 019427 от 30.04.2014, дата подачи заявки 25.06.2009.
 2. Для информации: 1) Уменьшение симптомов диспепсии на 2-недельный период: сравнение плацебо (n=100) и иберогаста (n=100) в исследовании с двойным слепым контролем. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2010; 34: 1029-1036.
 3. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2010; 25: 1029-1036.
 4. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2010; 25: 1029-1036.
 5. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2010; 25: 1029-1036.
 6. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2010; 25: 1029-1036.
 Иберогаст®: боли для желудка, вздувание и переполнение: для лечения функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2010; 34: 1029-1036.
 АО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, стр. 2. Тел.: 8 (495) 231-12-00, факс 8 (495) 231-12-02
 ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

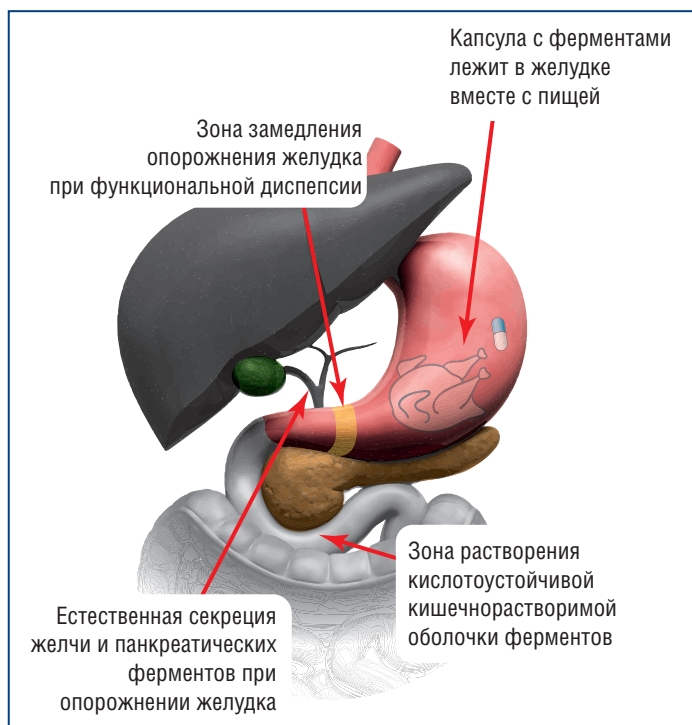


Рис. 2. Действие ферментов при диспепсии

цепторами 4 и 5 типов, а также с мускариновыми и ацетилхолиновыми рецепторами 3 типа. За счет этого Иберогаст® восстанавливает нарушенный тонус и моторику верхних отделов пищеварительного тракта [18].

На основании множества клинических исследований при функциональной диспепсии препарату присвоен наивысший класс доказательности — 1А, при очень высокой безопасности и отсутствии значимых побочных эффектов.

Использование препарата Иберогаст® при симптомах диспепсии позволяет достичь одновременно нескольких целей за счет оптимального сочетания нескольких лекарственных растений в одном препарате. Каждое из содержащихся в препарате лекарственных растений имеет изученное действие при диспепсии, поскольку традиционно используется в медицине.

Такой подход к лечению получил название многоцелевой терапии, сочетающей одновременное лечение нескольких нарушений. При диспепсии Иберогаст® обладает стабилизирующим действием на гладкую мускулатуру, т. е. тонизирует расслабленные мышечные клетки и уменьшает избыточный тонус сокращенных мышечных клеток. Это приводит к адекватному расслаблению верхних отделов желудка при поступлении пищи, восстановлению и усилению сокращений нижних отделов желудка при переваривании, а также к нормализации транзита содержимого по кишечнику. Иберогаст® также уменьшает возбуждение раздраженных нервных волокон желудка и снижает повышенную чувствительность желудка при диспепсии [19–21]. Именно поэтому применение препарата Иберогаст® для лечения симптомов «переедания» обладает направленным патогенетическим действием и позволяет облегчить состояние пациента.

ЭФФЕКТ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ДИСПЕПСИИ

Исходя из механизма развития симптомов диспепсии, ключевое значение имеют нарушение расслабления верх-

них отделов желудка в соответствии с объемом поступившей пищи и нарушение опорожнения желудка. Таким образом, пища при диспепсии поступает в желудок, который не может координировать свои сокращения и тонус. Это приводит к избыточному растяжению верхних отделов желудка и формирует чувство тяжести и переполненности в эпигастрии, особенно при погрешности в диете. При сопутствующем замедлении опорожнения желудка содержимое может оставаться в нем в течение 4–6 ч, усиливая тяжесть и переполненность, провоцируя болевые ощущения.

Использование в качестве симптоматического лечения «по требованию» препаратов пищеварительных ферментов, исходя из механизма их действия, может носить лишь психотерапевтический характер и предположительно имеет только эффект плацебо. Действительно, пациенты сообщают, что облегчение после приема ферментов иногда может наступать уже через 15–30–60 мин после принятия таблетки.

Однако мы понимаем, что реальный механизм действия ферментов другой и не позволяет оказать действие непосредственно после приема (рис. 2). Как упоминалось выше, пищеварительные ферменты инактивируются кислой средой желудочного сока. Для предотвращения этого их упаковывают в кислотоустойчивую кишечнорастворимую оболочку. Их действие может начаться только после высвобождения из капсулы. Капсула или таблетка, содержащая пищеварительные ферменты, после поступления в желудок может находиться в нем длительное время и не оказывать действия. Для развития эффекта она должна уйти в кишечник, что произойдет лишь через пару часов.

При нарушении пищеварения содержимое дольше задерживается в желудке, вызывая симптомы диспепсии, и только после естественного опорожнения желудка пища попадает в двенадцатиперстную кишку. При этом панкреатические ферменты начинают работать, только выйдя желудка в двенадцатиперстную кишку. Но в двенадцатиперстной кишке пища обрабатывается желчью и подвергается воздействию собственных панкреатических ферментов. В этот же период времени начинается высвобождение дополнительных ферментов, полученных при приеме препарата. Следует отметить, что при диспепсии нет нарушений секреции собственных панкреатических ферментов. И если у пациента нет симптомов хронического панкреатита, а именно характерных нарушений стула, то принимать ферменты нет необходимости.

На основании этого можно сделать вывод о нецелесообразности применения панкреатических ферментов при симптомах диспепсии. Принимать ферменты после погрешностей в питании малоэффективно, а с точки зрения механизма развития симптомов — бессмысленно. Выручает то, что они безвредны.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Экспертный совет ведущих российских специалистов в области гастроэнтерологии на очередном заседании обсудил тактику лечения функциональных нарушений, в т. ч. диспепсии. По решению совета было определено, что в лечебной тактике предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим многоцелевым (мультиадресным) эффектом, т. е. влияющим на несколько звеньев этих забо-

леваний или оказывающим благоприятное действие в случае сочетанной патологии. Среди препаратов многоцелевой терапии важное место в арсенале врача занимает Иберогаст,[®] содержащий в своем составе 9 лекарственных растений. Именно это сочетание нескольких компонентов препарата обеспечивает его множественное действие и выраженный терапевтический эффект [22].

Выводы

1. Симптомы «переедания» после погрешностей в диете (тяжесть, переполненность, дискомфорт в эпигастрии) соответствуют типичной картине диспепсии. Основой развития диспепсии является нарушение тонуса и моторики желудка.
2. Для лечения симптомов диспепсии следует использовать прокинетики, восстанавливающие естественное расслабление желудка при поступлении в него пищи и ускоряющие опорожнение желудка при переваривании пищи. Средством выбора для лечения симптомов «переедания» может являться многоцелевая терапия препаратом Иберогаст[®], обладающим одновременно прокинетиическим и спазмолитическим действием, а также уменьшающим гиперчувствительность желудка.
3. Панкреатические ферменты показаны только при наличии подтвержденной секреторной недостаточности поджелудочной железы. Следует избегать избыточного назначения панкреатических ферментов.

Литература

1. Брюк К., Тевс Г. Физиология человека в 4 тт. М.: Мир, 1986. 312 с. [Bryuk K., Tevs G. Fiziologiya cheloveka v 4 tt. M.: Mir, 1986. 312 s. (in Russian)].
2. Марри Р., Греннер Д. Биохимия человека в 2 тт. М.: Мир, 1993. 384 с. [Marri R., Grenner D. Biokhimiya cheloveka v 2 tt. M.: Mir, 1993. 384 s. (in Russian)].
3. Кольман Я., Рем К.-Г. Наглядная биохимия. М., 2000. 469 с. [Kol'man Ya., Rem K.-G. Naglyadnaya biokhimiya. M., 2000. 469 s. (in Russian)].
4. Farrell J. Digestion and absorption of nutrients and vitamins. In Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease, 9th ed, Feldman M, Friedman L, Philadelphia, PA, 2010.
5. Инструкция к медицинскому применению препарата Панкреатин. [Instruktsiya k meditsinskomu primeniyu preparata Pankreatin (in Russian)]. URL: http://www.grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=43524e11-4cf0-40a9-8931-ed1ef8c746b3&t=10ab045e-aa00-462a-81ff-a2b790f93991. Дата обращения: 12.01.2018.
6. Steer M.L., Waxman I., Freedman S. Chronic pancreatitis // N. Engl. J. Med. 1995. Vol. 332 (22). P. 1482–1490.
7. Mergener K., Baillie J. Chronic pancreatitis // Lancet. 1997. Vol. 350 (9088). P. 1379–1385.
8. Keim V., Teich N., Moessner J. Clinical value of a new fecal elastase test for detection of chronic pancreatitis // Clin. Lab. 2003. Vol. 49. P. 209.
9. Singh V.V., Toskes P.P. Medical treatment for chronic pancreatitis pain // Curr. Gastroenterol. Rep. 2003. Vol. 5 (2). P. 110–116.
10. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV — Functional GI disorders: disorders of Gut-Brain interaction // Gastroenterology. 2016. Vol. 150 (6). P. 1262–1279.
11. Talley N.J. AGA medical position statement: evaluation of dyspepsia // Gastroenterology. 2005. Vol. 129. P. 1753.
12. Moayyedi P., Soo S., Deeks J. et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia // Cochrane Database Syst. Rev. 2006. Vol. 18 (4). CD001960.
13. Инструкция к медицинскому применению препарата Метоклопрамид. [Instruktsiya k meditsinskomu primeniyu preparata Metoklopramid (in Russian)]. URL: http://www.grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=e600f146-65c5-40c5-82dc-1b30a9fe82d2&t=2a40bf69-6d6c-469e-b6a9-8a43ae15f1a1. Дата обращения: 12.01.2018.
14. Veldhuyzen van Zanten S.J., Jones M.J., Verlinden M., Talley N.J. Efficacy of cisapride and domperidone in functional (nonulcer) dyspepsia: a meta-analysis // Am. J. Gastroenterol. 2001. Vol. 96 (3). P. 689–396.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Научное общество гастроэнтерологов России

Московское Эндоскопическое Общество



12
АПР'18

Междисциплинарная
гастро-эндоскопическая
конференция

МЕДЗНАНИЯ⁺

Здание Правительства Москвы,
Новый Арбат, 36

+7 (495) 699-14-65; 699-81-84
info@medq.ru; www.medQ.ru