

- пациентов с постхолецистэктомическими спазмами. *Тер. Архив*. 2018. № 8. С. 40–47.
10. Маев И. В., Самсонов А. А. *Болезни двенадцатиперстной кишки*. Москва: МЕДпресс-информ, 2005. 512 с.
  11. Орлов И. Л. *Путь Одиссея*. Москва: ИПЦ «Маска», 2009. 613 с.
  12. Beger H. G., et al., eds. *The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine and Surgery*. Oxford: Wiley Blackwell, 2018. 1173 p.
  13. Drossman D. A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016. Vol. 150. P. 1262–1279.
  14. Forbes A., Misiewicz J. J., Compton C. C., et al. *Atlas of clinical gastroenterology*. 3<sup>rd</sup> ed. Edinburgh et al.: Elsevier Mosby, 2005. 358 p.
  15. Gardner T. B., Adler D. G., Forsmark C. E., Sauer B. G., Taylor J. R., Whitcomb D. C. ACG Clinical guideline: chronic pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol.* 2020. Vol. 115, No 3. P. 322–339.
  16. Hogan W. J., Geenen J. E. Biliary dyskinesia. *Endoscopy*. 1988. Vol. 20, Suppl. 1. P. 179–183.
  17. Holzer H. H., Raybould H. E. Vagal and splanchnic sensory pathways mediate inhibition of gastric motility induced by duodenal distension. *Am. J. Physiol.* 1992. Vol. 262. P. 603.
  18. Iglesias-García J., Lariño-Noia J., Nieto L., Macías F., Seijo S., Alvarez-Castro A., Villalba C., Domínguez-Muñoz J. E. Chronic pancreatitis: a frequent cause of pain-predominant dyspepsia. In: Abstracts of 41st European Pancreatic Club (EPC) Meeting. *Pancreatol.* 2009. Vol. 9. P. 439–440.
  19. Lariño-Noia J., de la Iglesia D., Iglesias-García J., Macías F., Nieto L., Bastón I., Villalba C., Domínguez-Muñoz J. E. Morphological and functional changes of chronic pancreatitis in patients with dyspepsia: a prospective, observational, cross-sectional study. *Pancreatol.* 2018. Vol. 18, No 3. P. 280–285.
  20. Leeds J. S., Hopper A. D., Sidhu R., Simmonette A., Azadbakht N., Hoggard N., Morley S., Sanders D. S. Some patients with irritable bowel syndrome may have exocrine pancreatic insufficiency. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2010. Vol. 8, No 5. P. 433–438.
  21. Lühr J. M., Domínguez-Muñoz J. E., Rosendahl J., Besselink M., Mayerle J., Lerch M. M., Haas S., Akisik F., Kartalis N., Iglesias-García J., Keller J., Boermeester M., Werner J., Dumonceau J. M., Fockens P., Drewes A., Ceyhan G., Lindkvist B., Drenth J., Ewald N., Hardt P., de Madaria E., Witt H., Schneider A., Manfredi R., Brøndum F. J., Rudolf S., Bollen T., Bruno M.; HaPanEU/UEG Working Group. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United European Gastroenterol. J.* 2017. Vol. 5, No 2. P. 153–199.
  22. Netter F. H. *The Netter collection of medical illustrations*. New York: Colorpress, 2001. Vol. 3. Digestive System, p. 3. 200 p.
  23. Talley N. J., Holtmann G., Nguyen Q. N., Gibson P., Bampton P., Veysey M., Wong J., Philcox S., Koloski N., Bunby L., Jones M. Undiagnosed pancreatic exocrine insufficiency and chronic pancreatitis in functional GI disorder patients with diarrhea or abdominal pain. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2017. Vol. 32, No 11. P. 1813–1817.
  24. Tarnasky P. R., Hoffman B., Afbakken L., et al. Sphincter of Oddi dysfunction is associated with chronic pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol.* 1997. Vol. 92. P. 1125–1129.

УДК 616.3-008-06:616.8-008.64

doi: 10.33149/vkr.2022.02-03.01

## RU Диспепсия при функциональных и органических заболеваниях органов пищеварения: между Сциллой и Харибдой

**Н. Б. Губергриц**

Многопрофильная клиника «Инто Сана», Одесса, Украина

**Ключевые слова:** диспепсия, функциональные и органические заболевания органов пищеварения, хронический панкреатит, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, Креон®, Дюспаталин®

Функциональная диспепсия относится к первичным дисфункциям, когда нет органического заболевания пищеварительного тракта, а органическая диспепсия — к вторичным дисфункциям, которые развиваются вследствие органических заболеваний органов пищеварения. Начнём с анализа желудочной диспепсии. J. Lariño-Noia et al. (2018) обследовали 213 больных с предположительно функциональной диспепсией по типу эпигастральной боли. При специальном обследовании у 21,1% больных с эпигастральной болью был диагностирован хронический панкреа-

тит (ХП). При многофакторном анализе с ним ассоциировались мужской пол, а также употребление алкоголя и курение. При ХП с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы формируются дуоденостаз и дуоденальная гипертензия. Клинический результат — тяжесть, распирание, дискомфорт в верхних отделах живота, то есть диспепсия. Кроме того, дуоденостаз рефлекторным путём вызывает возбуждение рвотного центра для снижения давления в двенадцатиперстной кишке, что приводит к тошноте и рвоте, не приносящей облегчения, так как раздражение центра продолжается. Далее происходит регургитация дуоденального содержимого в органы, которые связаны с двенадцатиперстной кишкой выводными протоками или прямым сообщением. Рефлюкс в вирсунгианов проток приводит к усугублению ХП; рефлюкс в общий жёлчный проток приводит к развитию холецистита; рефлюкс в желудок, а затем и в пищевод — к формированию рефлюкс-гастрита, жёлчного дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Далее последний упорный рефлюкс способствует формированию диафрагмальной грыжи, которая встречается при ХП достаточно часто. В случае суб- или декомпенсации дуоденальной гипертензии, кроме препарата Креон®, обоснованным будет назначение гастрокинетиков, урсодезоксихолевой кислоты, препаратов, защищающих слизистую оболочку

пищевода. Конечно, рефлюксные явления клинически выливаются в отрыжку, изжогу.

Билиарная диспепсия может быть вызвана как дисфункцией сфинктера Одди, так и билиарным ХП, развившимся вследствие нарушения оттока из протоков поджелудочной железы. В любом случае препаратом выбора является Дюспаталин®.

Кишечная диспепсия, которую в ряде случаев ошибочно объясняют синдромом раздраженной кишки с диареей, также в части случаев связана с ХП, при котором развивается энтеропанкреатический синдром (избыточный бактериальный рост в тонкой кишке, спастические и дистензионные кишечные боли). В этой ситуации также необходимы Креон®, Дюспаталин® и селективный кишечный антибиотик.

### EN **Dyspepsia in functional and organic diseases of the digestive system: between Scylla and Charybdis**

**N. B. Gubergits**

“Into Sana” Multifield Clinic, Odessa, Ukraine

**Key words:** dyspepsia, functional and organic diseases of the digestive system, chronic pancreatitis, exocrine pancreatic insufficiency, Creon®, Duspatalin®

Functional dyspepsia refers to primary dysfunctions when there is no organic disease of the digestive tract, while organic dyspepsia refers to secondary dysfunctions that occur as a result of organic diseases of the digestive system. Let's start with the analysis of gastric dyspepsia. J. Larriño-Noia et al. (2018) examined 213 patients who had presumably functional dyspepsia with signs of epigastric

pain. Chronic pancreatitis (CP) was diagnosed in 21.1% of patients with epigastric pain during specific examination. In multivariate analysis, it was associated with male sex, as well as alcohol consumption and smoking. Duodenostasis and duodenal hypertension occur in CP with exocrine pancreatic insufficiency. The clinical result is heaviness, bloating, discomfort in the upper abdomen, which means dyspepsia. In addition, duodenostasis reflexively causes excitation of the vomiting center to reduce pressure in the duodenum, which leads to nausea and vomiting that does not bring relief, as the irritation of the center continues. Next, there is a regurgitation of the duodenal contents into the organs that are connected with duodenum by excretory ducts or directly. Reflux into the Wirsung's duct exacerbates CP; reflux into the common bile duct causes cholecystitis; reflux into the stomach and esophagus causes reflux gastritis and bile duodenogastroesophageal reflux. Further, the persistent reflux contributes to the formation of a diaphragmatic hernia, which is frequently revealed in CP. In case of sub- or decompensation of duodenal hypertension, it would be reasonable to administer gastrokinetics, ursodeoxycholic acid, and drugs that protect the esophageal mucosa in addition to Creon®. Reflux phenomena are likely to “incur” belching and heartburn.

Biliary dyspepsia can be caused both by dysfunction of the sphincter of Oddi and biliary CP as a result of impaired outflow from the pancreatic ducts. In any case, the drug of choice is Duspatalin®.

Intestinal dyspepsia, which in some cases is mistakenly viewed as irritable bowel syndrome with diarrhea, is sometimes related to CP with enteropancreatic syndrome (bacterial overgrowth in the small intestine, spastic and distension intestinal pain). In this case, Creon®, Duspatalin® and a selective intestinal antibiotic are required.