



РОЛЬ ФІТОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ. РАЦІОНАЛЬНА ФІТОТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ. ФІТОГАСТРОЛ

Тема 22



Хвороби травлення є надзвичайно широко розповсюджені. За прогнозами експертів ВООЗ, у другій половині ХХІ століття **патологія системи травлення** поряд з серцево-судинною патологією в структурі захворюваності населення буде займати одну з провідних позицій. Вже на сьогоднішній день в Україні захворювання шлунково-кишкового тракту за своєю **поширеністю** займають третє місце (9,3%), а по загальній захворюваності - сьоме (4,2%). З кожним роком відзначається чітка тенденція до збільшення цих показників. Так, з 1994 по 2006 рік кількість гастроентерологічних хворих в Україні збільшилася з 4,6 до 6,3 млн, тобто майже в 1,4 рази. Поширеність патології гастродуоденальної зони за цей період зросла на 39,5%, гепатобіліарної системи - на 29,5%, підшлункової залози - на 10,1%.

За даними вітчизняних і зарубіжних дослідників, на **хронічні гастрити** припадає близько 90% всіх хвороб шлунка. Хронічним гастритом хворіє близько 20-30% дорослого населення планети і щороку його частота зростає на 1,4%. Причинами його виникнення можуть бути нераціональне харчування, шкідливі звички, прийом лікарських препаратів, особливо нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), а також *Helicobacter pylori*. Зазвичай хронічний гастрит супроводжується важкістю і тиском в надчеревній ділянці,

особливо після прийому їжі, фізичного навантаження, нудотою, неприємним присмаком у роті.

Гастрит – це захворювання шлунка з гострим або хронічним рецидивуючим перебігом, в основі якого лежать запальні, дистрофічні та дисрегенеративні ураження слизової оболонки шлунка, які супроводжуються порушенням його секреторної, моторно-евакуаторної та інкреторної функції.

Гастрит – запальна реакція шлунка, що виникає внаслідок поодиноких або багаторазових механічних, теплових, хімічних, алергічних, інфекційних та інших шкідливих чинників.

Гастрит за перебігом **класифікують** на гострий та хронічний. Залежно від тривалості дії чинника слизова оболонка шлунка ушкоджується різною мірою.

Гострий гастрит, як правило, зумовлений порушенням харчування, недоброякісною їжею, дією хімічних, термічних або алергічних чинників.

Згідно морфологічної **класифікації**, розрізняють катаральний, некротичний (к орозивний) та гнійний (флегмонозний) гострий гастрит.

При **гострому гастриті** захворювання виражається такими **симптомами**: кольки у ділянці шлунка, нудота, відрижка, сухість в роті, інколи блювання, підвищення температури тощо (при ерозійному гастриті – і чорні виділення кров'ю).

Основними синдромами **катарального гострого гастриту** є: больовий, диспепсичний, інтоксикаційний.

Початок хвороби, як правило, гострий.

Хворі втрачають апетит, появляється нудота, блювання, відрижка тухлим, відчуття ва жкості і болю в епігастральній ділянці, метеоризм,

пронос, посилене слиновиділення, слабкість. При

тяжкому перебігу спостерігається підвищення температури тіла, можливий розвиток колапсу. Шкіра хворого бліда, язик вкритий сіруватим нальотом.

При дослідженні крові виявляється нейтрофільний лейкоцитоз; сечі –

альбумінурія, циліндрурія, олігурія. При гастроскопії видно гіперемовану слизову оболонку.

Шлунковий сік містить багато слизу; секреторна та кислотоутворююча функція шлунка порушена.

Лікування гострого гастриту складається з дезінтоксикаційної терапії: проми вання шлунка, очистної клізми, приймання адсорбентів. При вираженому больовому синдромі рекомендують

спазмолітичні засоби (атропіну сульфат, платифілін, дротаверин),

при гіпотензивному синдромі призначають гіпертензивні засоби. Хворий має дотримуватись ліжкового режиму та дієтичного харчування згідно столу №1.

Хронічний гастрит – хронічне запалення слизової оболонки шлунка, яке характеризується порушенням фізіологічної регенерації залозистого епітелію і розвитком внаслідок цього його атрофії, що веде до розладів секреторної, моторної та нерідко інкреторної функцій. Він може бути самостійним первинним захворюванням або супроводжувати інші хвороби – виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, гепатохолецистит, авітаміноз, гіпоксемію тощо.

Згідно «Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на хронічний гастрит», затвердженого чинним наказом МОЗ України від 13.06.2005 № 271, **діагноз хронічний гастрит** є морфологічним, тобто він має право на існування тільки у тих випадках, коли проведена відповідна оцінка біоптатів патоморфологом та наявність ХГ підтверджена гістологічно. На основі проведення тільки рутинної верхньої ендоскопії без біопсії ставити діагноз ХГ не можна. У теперішній час, якщо у пацієнта є симптоми диспепсії, а при проведенні гастроскопії у шлунку не виявлено якихось ерозивно-виразкових змін та не проведена біопсія, ендоскопістам рекомендується ставити свій ендоскопічний діагноз «еритематозна гастропатія» (або описувати норму), а клініцистам – використовувати діагноз «функціональна диспепсія».

Клінічний перебіг **хронічного гастриту** відбувається з незначними скаргами, а часто і без симптомів. Розрізняють наступні **фази** захворювання: загострення, згасання стадії загострення і ремісію.

Етіологія. Хронічний гастрит виникає під впливом різноманітних чинників. Серед них провідна роль належить хелікобактерній інфекції, з якою пов'язаний розвиток переважно хронічного гастриту типу В.

Нр-інфікування за відсутності відповідного лікування триває на протязі усього життя та випадки самовільного вилікування від неї не описані. Приблизно у 80% хворих ерадикація Нр-інфекції сприяє повному одужанню від хронічного гастриту.

Екзогенні чинники розвитку **хронічного гастриту**: порушення дієти, режиму харчування, зловживання алкоголем та нікотинном, професійна патологія.

Ендогенні – аутоімунні процеси, нервові та гормональні розлади, місцева пошкоджуюча дія токсико-хімічних агентів з порушенням слизового бар'єру.

Класифікація хронічних гастритів (Сіднейсько-Х'юстонська, 1996 р.)

За типом та етіологією хронічного гастриту

Тип гастриту	Синоніми	Етіологічні фактори
Неатрофічний	Поверхневий, хронічний антральний, Тип В	<i>H. pylori</i>
Атрофічний - Аутоімунний - Мультифокальний	Дифузний фундальний, тип А, асоційований з перніціозною анемією	Аутоімунні реакції, <i>H. pylori</i> , фактори зовнішнього середовища
Особливі форми		
Хімічний	Реактивний рефлюкс – гастрит, тип С	Хімічні сполуки, жовч, НПЗЗ
Радіаційний		Променеві ушкодження
Лімфоцитарний	Лімфоцитарний (варіолоформний, асоційований з целиакією)	Ідіопатичні, імунні механізми, глютен, <i>H. pylori</i>
Неінфекційний гранулематозний	Гранулематозний	Хвороба Крона, саркоїдоз, гранулематоз Вегенера, чужорідне тіло
Еозинофільний	Алергічний	Харчова алергія, інші алергени
Інші інфекційні		Інші бактерії (крім <i>H. Pylori</i>), віруси, гриби, паразити

За морфологічною оцінкою стадії і ступеня хронічного гастриту (система OLGA, 2008):

- **Ступінь ХГ** – вираженість сумарної запальної інфільтрації (нейтрофільними лейкоцитами і мононуклеарними клітинами);
- **Стадія ХГ** – вираженість атрофії.

За наявністю бактерії *H. pylori*:

- Асоційований з *H. pylori*
- Неасоційований з *H. pylori*

Класифікація хронічного гастриту (Київська, 2014 р.)

- ***H. pylori*-індуковані гастрити**
- **Медикаментозно-індуковані гастрити**
- **Аутоімунні гастрити**
- **Гастрити внаслідок специфічних причин:**
 - Лімфоцитарний гастрит
 - Хвороба Менетріє
 - Алергічний гастрит
 - Рефлюкс-гастрит
 - Еозинофільний гастрит
- **Інфекційні гастрити (нехелікобактерні):**
 - Бактеріальні гастрити
 - Вірусні гастрити
 - Грибкові гастрити
 - Гастрити, викликані паразитами
 - Шлункова флегмона
- **Гастрити внаслідок інших захворювань** (класифікуються в

інших рубриках)

- Гастрити внаслідок зовнішніх причин
- Гастрити зі специфічними ендоскопічними і патологічними особливостями (неспецифічної етіології)
 - Інші гастрити (що не класифікуються)

Патогенез. Для **хронічного гастриту** характерне гальмування регенерації епітеліальних клітин слизової оболонки шлунку з наступною їх атрофією та перебудовою за кишковим чи пілоричним типом під дією різних етіологічних факторів. Так, при гастриті В, асоційованому з Нр-інфекцією, спочатку в слизовій оболонці шлунку виникає запалення, а пізніше – атрофія залозистого епітелію. На поверхні слизової оболонки при гістологічному дослідженні знаходять *H. pylori*.

Дія етіологічного фактору викликає запальний чи некротичний процес в слизовій оболонці шлунка. Прогресуюче запалення порушує процеси регенерації і відновлення секреторних клітин шлунка, що призводить до атрофії і дисплазії слизової оболонки, структурних змін секреторного апарату, моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту.

Клініка. Клінічна картина **хронічного гастриту** залежить від його типу.

Для **неатрофічного гастриту типу В**, який виникає частіше у осіб молодого віку, характерними є :

- больовий синдром: біль виникає натще або через 1-1,5 год. після їди, зменшується після її прийому, локалізується в епігастральній ділянці, більше справа, може бути досить інтенсивним;

- диспепсичний синдром: кислий присмак в роті, печія, відрижка кислим, схильність до запорів.

При тривалому перебігу захворювання можуть приєднуватися:

- анемічний синдром з розвитком ознак В₁₂-дефіцитної анемії (загальна слабкість, головний біль, головокружіння, червоний язик зі згладженими сосочками, зниження в крові рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів, підвищення колірного показника);

- синдром гіповітамінозу (переважно групи В): сухість шкіри, заїди в кутах рота, згладжування сосочків язика, стоматит, випадіння волосся, ламкість нігтів;

- диселектролітний синдром (дефіцит іонів кальцію може спричиняти остеодистрофію, іонів заліза – помірно виражену залізодефіцитну анемію);

- астеноневротичний синдром, для якого характерні: порушення сну, підвищена дратівливість, швидкі зміни настрою, відчуття холоду і підвищена вологість кистей рук;

- синдром полігландулярної ендокринної недостатності (виникають помірні порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, статевої функції, недостатність наднирників).

При **хімічному гастриті (тип С)** спостерігаються такі **синдроми**:

- больовий (біль пекучого характеру, виникає після їди, супроводжується блюванням з домішками жовчі);
- диспепсичний (гіркота в роті, печія, нудота, зригування та блювання, яке приносить полегшення, в блювотних масах домішки жовчі,);
- анемічний.

Іноді виникають:

- демпінг-синдром (підвищена слабкість і головокружіння після приймання їжі)
- гіпоглікемії (різка слабкість, тремтіння рук, збліднення обличчя, почуття голоду і холодний липкий піт) .

При хронічному гастриті можуть спостерігатися ознаки гіповітамінозу, зниження маси тіла, блідість шкіри. Язик з білими нашаруваннями біля кореня і відбитками зубів на боковій поверхні або, при виникненні ознак В12-дефіцитної анемії, червоний, блискучий, із згладженими сосочками. Під час аускультатії може відмічатися збільшення кишкових шумів. При пальпації живіт частіше м'який, іноді дещо здутий; відмічається помірна болючість в надчеревній ділянці (хронічний гастрит типу А) або локальний біль в пілородуоденальній зоні (хронічний гастрит типу В).

Лікування. При загостренні хронічного хелікобактерного гастриту (**тип В**): госпіталізація, дієта № 1.

Згідно «Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на хронічний гастрит», затвердженого чинним наказом МОЗ України від 13.06.2005 № 271,

- Антигелікобактерна „потрійна” терапія (в Нр-позитивних випадках) протягом 7 днів за схемами, рекомендованими Маастрихтським консенсусом
- Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведено контроль за ерадикацією *H.pylori*.
- При відсутності ерадикації Нр – друга лінія лікування Нр-інфекції за схемами, рекомендованими Маастрихтським консенсусом

Застосовують також протизапальну терапію (сукральфат), антисекреторні засоби (ранітидин, фамотидин), антациди, репаранти (солкосеріл, рибоксин, ретаболіл), засоби, що нормалізують моторну діяльність шлунка (метоклопрамід, гідрохлорид, домперидон). Лікарські препарати, які містять репаративний компонент дії, використовують для лікування хронічного гастриту (вітамін А), виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, гіперацидного гастриту (нестероїдні анаболіки).

Лікування **хронічного автоімунного гастриту (тип А)**: при вираженому загостренні хворих госпіталізують. У фазу загострення – дієта № 1, пізніше - № 2.

Симптоматичне лікування (в Нр-негативних випадках) хронічного гастриту, у відповідності до «Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на хронічний гастрит», передбачає :

- індивідуальну дієту з метою функціонального, механічного, термічного та хімічного оберігання-шлунку;
- замісну терапію (натуральний шлунковий сік, розведена соляна кислота, ферментні препарати, що містять жовчні кислоти);
- **обволікаючі та в'язучі рослинні засоби (настої трав)** приймати по 1/2 склянки 4-5 рази на день до їжі протягом 2-4 тижнів).

Доволі часто для ліквідації запального процесу лікарями використовуються сукральфат, в'язучі та обволікаючі препарати (вікалін, вісмуту нітрат). Замісна терапія показана при різкому зниженні показників кислотоутворюючої і секреторної функцій шлунка (натуральний шлунковий сік, панкреатин, соляна кислота). Ферментні засоби призначають з метою корекції проявів кишкової диспепсії .

Основні принципи фітотерапії хронічного гастриту

Для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту звичайно рекомендують синтетичні лікарські засоби, які, крім лікувального ефекту, мають і побічну дію. Органічні та функціональні захворювання набагато краще піддаються лікуванню лікарськими рослинами, перевагою застосування яких є широкий спектр фармакологічної активності, зокрема спазмолітична, пом'якшувальна, протизапальна. **Лікарські рослини** нормалізують вміст вітамінів, мінеральних солей, мікроелементів, стабілізують проникність мембран, процеси секреції та всмоктування.

При гострому гастриті фітотерапія симптоматична. Звичайно поліпшення настає за декілька днів.

Фітотерапія відіграє важливу роль у лікуванні хронічного гастриту, особливо в періоди ремісій. Основні напрями фітотерапії – захист слизової оболонки шлунка від дії ушкоджуючих чинників, перш за все, соляної кислоти; боротьба із запаленням; регуляція секреції; стимуляція регенерації; нормалізація функціонального стану інших органів, залучених у патологічний процес; відновлення нервово-психічної рівноваги.

У склад **фіточаїв**, прописуваних для лікування **хронічного** гастриту, необхідно включати рослини з протизапальною (показані при гострому гастриті), спазмолітичною і вітрогінною дією, а при атрофічному гастриті – і трави, стимулюючі секрецію шлункових залоз. Для цього використовують лікарські рослини, що містять гіркоти (при гострих гастритах, та гастритах, що супроводжуються виразковою хворобою у гострій стадії, протипоказані) і слиз.

Гіркі глікозиди підвищують апетит і поліпшують травлення, але треба мати на увазі, що лікувальний ефект досягається після тривалого вживання. Джерелами гіркот є наступні види ЛРС: полину трава, айру кореневища, бобівника трилистого трава, деревію трава, золототисячника трава.

Слизисті речовини, наприклад насіння льону або трави алтеї, утворюють захисне покриття на запаленій слизовій оболонці, тим створюючи умови для пролонгованої дії рослинних компонентів, а також протидіють подразнювальній дії соляної кислоти при високій кислотності шлункового соку.

У цілому ж вибір препаратів і лікарських рослин залежить від характеру шлункової секреції (кислотності). При підвищеній кислотності в періоди загострення і для запобігання рецидивам використовують рослини, що знижують продукцію соляної кислоти (квітки ромашки, трава сухоцвіту, деревію, листя м'яти, корені солодки, кореневища лепехи, плоди фенхелю, кмину), володіють обволікаючою дією (ісландський мох, листя підбілу, насіння льону, корені і трава алтеї, трава мальви лісової).

При хронічному гастриті зі зниженою секреторною функцією шлунка найкраще активується секреція і підсилюється апетит, покращується абдомінальний кровообіг, тим самим прискорюється загоєння виразки та ураженої слизової оболонки шлунка під впливом гіркот та ефірних олій. З цією метою застосовують листя бобівника трилистого, траву золототисячника, корені тирлича, кульбаби, кореневище лепехи, кореневище і корені дивосила, дудника, траву материнки, деревію, полину, листя м'яти перцевої, плоди коріандра, кмину, фенхеля, анісу. Сік подорожника, який призначають по 1 ст. л. 3 рази в день за 15 – 30 хвилин до їди, сприяє поліпшенню загального самопочуття, нормалізації випорожнення, зникненню диспепсичних явищ; плантаглюцид – сумарний полісахаридний комплекс із листя подорожника великого – виявляє спазмолітичну і протизапальну дію.

При підвищеній збудливості, неспокою, порушенні сну, виразці неврогенної етіології до складу зборів вводяться рослини, що використовуються для лікування неврозів.

Для покращення функцій кишок, усунення закріпів рекомендують збори, до складу яких входять рослини з проносною дією (кора крушини, корені ревеню, листя сени, насіння льону, насіння подорожника блошиного тощо).

При виражених болях і печії рекомендують чергувати по 10 діб впродовж 2–3 місяців прийом зборів, до складу яких входять квітки ромашки, календули, листя підбілу, м'яти, корені алтеї, кореневища із коренями оману.

Лікарський засіб у формі збору «**ФІТОГАСТРОЛ**» виробництва «Ліктрави» чинить спазмолітичну, протизапальну, жовчогінну, обволікаючу (захист слизових оболонок), вітрогінну дію, нормалізує секрецію шлункових залоз.

До складу збору входять наступні активні фармацевтичні інгредієнти: ромашки квітки (*Matricariae flores*), м'яти перцевої листя (*Menthae piperitae folia*), кропу пахучого плоди (*Anethi graveolentis fructus*), лепехи кореневища (*Calami rhizomata*), солодки корені (*Glycyrrhizae radices*).

Квітки ромашки здійснюють протизапальний на слизову оболонку, антиоксидантний, антибактеріальний, спазмолітичний, знеболюючий, ранозагоювальний, жовчогінний, антиалергічний і регенеруючий ефекти.

У гастроентерології квітки ромашки – майже універсальний засіб: при гастритах та виразковій хворобі у всіх випадках (часто в сумішах, але нерідко і самостійно), ентероколітах, кишкових кольках, метеоризмі (у т.ч. пов'язаних з дисфункцією підшлункової залози), хронічних панкреатитах, холециститах, холангітах, гепатитах, дискінезіях жовчних шляхів за будь-яким типом (як жовчогінний, спазмолітичний та протизапальний засіб – часто у сумішах), при закрепках та проносах як регулятор перистальтики. Ромашка посилює функції багатьох травних залоз, не підвищуючи кислотності шлункового соку; вважається найбезпечнішим засобом при болю в животі нез'ясованої етіології, метеоризмі, здутті.

Жовчогінна дія ЛРС, зумовлена наявністю флавоноїдів, вітамінів й ефірної олії, нерізка виражена, м'яка, не супроводжується побічними ефектами та протипоказами.

Азулени мають протизапальну, бактеріостатичну, антиалергічну активність і виявляють седативну дію. На їх основі виготовляють лікарські препарати для лікування гастритів, колітів, виразок дванадцятипалої кишки, гастропатії. Хамазулен – місцевий анестетик - швидко і глибоко проникає в слизову оболонку. Активація гіпофізадреналової системи приводить до посиленого вивільнення кортикотропіну і кортизону. Протизапальною та антиалергічною дією володіють також β -фарнезен і α -бісаболол.

Листя м'яти перцевої виявляє знеболювальний, протизапальний, антимікробний, жовчогінний, спазмолітичний і вітрогінний ефект. Водночас стимулює функціонування печінки, продукування жовчі, регулює ферментаційні процеси.

У гастроентерології при спастичних явищах у травному тракті та гепатобіліарній системі м'ята заслужено вважається одним із засобів «швидкої

допомоги». Незамінна м'ята перцева при дискінезіях жовчовивідних шляхів, оскільки знімає спазм сфінктера Одді будь-якої етіології. Окрім нього, м'ята діє й на всі інші сфінктери гепатобіліарної системи спазмолітично та антиспастично, а також розслаблює печінкові і жовчні протоки, одночасно стимулюючи жовчний міхур.

Завдяки наявності метильованих флавоноїдів, які є донорами метильних груп, листя м'яти перцевої чинить гепатопротекторний дію.

Експериментально підтверджено жовчогінну й холеретичну дію м'яти та її ефірної олії. З терапевтичної точки зору варто зауважити, що м'ята виводиться організмом зі жовчю, завдяки чому виявляє антисептичну дію на жовч та жовчні протоки. Дані властивості м'яти пояснюють широке застосування ЛРС, зокрема при холецистопатіях та жовчних колькоподібних болях будь-якої етіології.

Плоди кропу запашного у науковій медицині застосовують як шлунковий засіб при різних формах захворювань, що супроводжуються кольками, судомами кишок, диспепсією, зокрема при метеоризмі та гастриті, завдяки спазмолітичній і вітрогінній дії. Плоди у вигляді порошку, настою і відвару вживають при розладах травлення, при спазмах м'язів органів черевної порожнини, при захворюваннях печінки і жовчовивідних шляхів. У гастроентерології їх вважають рівноцінними з плодами фенхелю.

Кореневища лепехи виявляють тонізуючу, протизапальну, репаративну, жовчогінну, антибактеріальну, дезінфікуючу, гепатопротекторну та антиспастичну для травного каналу дію. Біологічно активні речовини ЛРС збуджують закінчення смакових рецепторів, підвищують апетит і тонус жовчного міхура, покращують травлення, посилюють рефлекторне виділення шлункового соку та жовчовидільну функцію печінки, збільшують діурез.

Відвар кореневища призначають як ароматну й тонізуючу гіркоту при хронічних гастритах, колітах, гепатитах, холециститах (різної етіології), ахілії, атонії кишок, діареї. Найуживаніша рослина при гіпосекреції шлунка, печії.

Призначення кореневищ лепехи обґрунтовано при неспецифічних розладах функції шлунково-кишкового тракту (відсутність апетиту, розлади травлення і секреції шлунка, ахілія, кишкові кольки, метеоризм).

Для **кореня солодки** характерні наступні фармакологічні ефекти: протизапальний, спазмолітичний, репаративний, противиразковий, секретолітичний, послаблювальний, діуретичний, протиалергічний, гепатопротекторний.

Корені солодки містять гліциризинову кислоту, яка має потужну протизапальну дію і стимулює утворення грануляційної тканини, а також знижує тонус і моторику ШКТ, внаслідок чого підвищується епітелізація слизової оболонки шлунка. Сума флавоноїдів коренів солодки голої

«Ліквіритон» застосовується для лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, гастритів і колітів.

Помірна жовчогінна дія супроводжується спазмолітичною (на рівні папаверину або вищою), репаративною, протимікробною та іншими, результатом чого є зниження загальної інтоксикації, зменшення запальних процесів (зокрема у підшлунковій залозі), стимуляція перистальтики кишок. Доведено і гепатопротекторну дію кореня : солодка пригнічує розвиток і розмноження вірусів гепатиту, знижує синтез простагландину E₂. У разі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки спрацьовують усі зазначені ефекти, до цього ж додається безпосередній вплив флавоноїдів, як протизапальних, протимікробних, репаративних сполук.

Препарат «ФІТОГАСТРОЛ» рекомендовано для медичного застосування у комплексній терапії захворювань травного тракту при гастриті, функціональній диспепсії, синдромі подразненої кишки.

Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, калькульозний холецистит (ЖКХ), виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у період загострення. Препарат не застосовують дітям до 12 років.

Спосіб приготування та застосування збору «ФІТОГАСТРОЛ»: 1 столову ложку збору помістити у скляний або емальований посуд, залити 200 мл окропу, закрити і нагрівати на киплячій водяній бані 15 хв, охолодити при кімнатній температурі протягом 45 хв, процідити та віджати. Об'єм настою довести кип'яченою водою до 200 мл. Застосовувати по 1/3 склянки 3 рази на добу за 30 хв до їди. Перед застосуванням настій збовтати.

2 фільтр-пакети помістити у скляний або емальований посуд, залити 200 мл окропу, закрити і настоювати 15 хв. Фільтр-пакети віджати. Об'єм настою довести кип'яченою водою до 200 мл. Приймати у теплом вигляді по 1/2 склянки 2-3 рази на добу за 30 хв до їди. Приготовлену водну витяжку зберігати у холодильнику (при температурі 2-8 °С) не більше 2 діб. Тривалість курсу лікування залежить від характеру захворювання і визначається лікарем.

Найбільш широко поширеними функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту вважаються **функціональна диспепсія і синдром подразненої кишки.**

На сьогодні в Україні поширеність функціональної диспепсії сягає 30-40 %, однак реальна кількість пацієнтів може бути значно більшою, оскільки значна частина населення з подібними скаргами до лікаря не звертається, а у звітах лікарів первинної медичної допомоги з диспансерної патології домінує діагноз «хронічний гастрит», який є неправомірним без гістологічного дослідження гастробіоптатів, чого здебільшого не проводиться. Отже, слід очікувати, що поширеність диспепсії в Україні значно перевищує дані офіційної статистики. Приблизно 50 % пацієнтів практикують самолікування, у більшості випадків користуючись порадами фармацевта місцевої аптеки, і лише один з чотирьох пацієнтів звертається за консультацією до лікаря.

Розбіжність даних про частоту функціональних розладів шлунка відображає різні погляди авторів на сутність захворювання, а також рівень проведеного обстеження, що не дозволяє розмежувати функціональні розлади шлунка від інших захворювань гастродуоденальної системи (хронічного гастриту, дуоденіту). Порушення різних функцій шлунка можна виявити практично у кожного пацієнта з різноманітними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, однак вони рідко перебігають самостійно і, як правило, не діагностуються.

Діагноз «функціональна диспепсія» рекомендується застосовувати для визначення захворювання неорганічної природи, що перебігає з типовим синдромом диспептичних скарг (епігастральний біль, раннє насичення, відчуття переповнення після їжі, епігастральна печія), які турбують пацієнта не менше, ніж 12 тижнів (не обов'язково послідовних) протягом останніх 6 місяців, і яка не є проявом органічної патології, що могла б спричинити вказані диспептичні симптоми.

Діагностичні критерії функціональної диспепсії (Римські критерії III):

1. Одна або декілька скарг, якщо вони «активні» протягом останніх 3-х місяців перебігу захворювання щонайменше 6 місяців:
 - 1.1. неприємне постпрандіальне переповнення;
 - 1.2. швидке перенасичення;
 - 1.3. епігастральний біль;
 - 1.4. епігастральна печія.
2. Брак даних щодо органічної патології, в т.ч. результатів верхньої ендоскопії, які могли б пояснити генез скарг.

Діагноз диспепсія: при визначенні захворювання вперше рекомендовано встановлювати діагноз „*недосліджена диспепсія*“. Після встановлення діагнозу захворювання визначається як „*функціональна диспепсія*“ та згідно Римських критеріїв III, може розподілятися на „*постпрандіальний дистрес-синдром*“ (який перебігає з переважанням симптомів гастростазу) та „*синдром епігастрального болю*“ (який характеризується переважанням больової симптоматики), що може мати значення для диференційованого призначення патогенетичної терапії.

Диференціальна діагностика:

Виявлення у пацієнта тривожних симптомів або симптомів «червоних прапорців», до яких належать дисфагія, блювання з домішками крові, мелена, лихоманка, немотивоване схуднення, анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, ставить під сумнів діагноз функціональної диспепсії і вказує на наявність диспептичного синдрому як прояву органічної патології шлунку (виразки, раку шлунку, гастриту тощо).

Медикаментозне лікування «функціональної диспепсії»

- Ерадикаційна антигелікобактерна терапія за наявності *H.pylori* 7-10-14 денними курсами залежно від схеми.
- Симптоматичне лікування.

Схеми ерадикаційної терапії, рекомендовані до застосування Міжнародним Консенсусом Маастрихт III, Маастрихт IV, мають високу ефективність. Доведено, що подовження тривалості стандартних схем ерадикаційної терапії до 10-14 днів, а також застосування послідовної терапії призводить до вірогідно більш високого відсотку успішної ерадикації, однак може супроводжуватись збільшенням частоти побічних ефектів медикаментозної терапії функціональної диспепсії.

Лікування розпочинати із застосування класичної трьохкомпонентної або послідовної схем ерадикаційної терапії.

Контроль ерадикації повинен проводитися через 4 – 6 тижнів.

При наявності функціональної диспепсії, що перебігає по типу постпрандіального дистрес-синдрому, рекомендовано застосовувати стимулятори перистальтики.

При функціональній диспепсії, що перебігає по типу синдрому епігастрального болю, рекомендовано призначати ІПП чи антагоністи H₂- рецепторів.

Лікування негелікобактерної диспепсії ІПП або антагоністами H₂- рецепторів та/або стимуляторами перистальтики (прокінетиками) повинно призначатися на 4 тижні, після чого оглянути пацієнта. Якщо впродовж даного проміжку часу симптоми захворювання зникли, лікування припинити. Якщо спостерігається частковий ефект, лікування продовжити ще на 4 тижні з подальшою оцінкою стану пацієнта. Якщо поліпшення не відбулося, необхідно направити пацієнта на до обстеження до лікувального закладу, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

Відсутність харчових волокон у дієті може викликати низку патологічних станів, так чи інакше пов'язаних з порушенням складу мікрофлори кишок. Найбільш очевидний зв'язок існує між недоліком харчових волокон у харчуванні та **синдромом подразненої кишки**, функціональними закрепками. Вживання харчових волокон є найбільш фізіологічним методом профілактики патології травного тракту та комплексної терапії захворювань травної системи, де першим кроком є корекція дієти, а за необхідності — її поповнення ними.

Згідно «Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на синдром подразненої кишки (СПК)», затвердженого чинним наказом МОЗ України від 13.06.2005 № 271, СПК -діагноз виключення, який у першу чергу потребує виключення органічних захворювань.

Римські **критерії II синдрому** подразненої кишки: протягом 12 та більше тижнів за останні 12 міс. абдомінальний дискомфорт або біль у поєднанні з двома з трьох нижченаведених симптомів:

- Полегшення після дефекації та/або
- Початок поєднується зі змінами частоти випорожнення та/або
- Початок поєднується зі змінами консистенції випорожнень

Нижченаведені **симптоми** підтверджують наявність СПК, якщо займають більше чверті доби:

- Зміна частоти випорожнення (більше 3-х разів на день або менше 3-х разів на тиждень)
- Зміна форми випорожнення (грудкуватий/твердий або неоформлений рідкий)
- Порушення акту дефекації (затруднення, неутримання або почуття неповної дефекації)
- Виділення слизу з калом
- Почуття здуття та розпирання у животі

Діагноз СПК ставиться при наявності болі та трьох з останньої групи симптомів. СПК може супроводжуватись також іншими симптомами.

Медикаментозна терапія першої лінії, у відповідності до «Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на синдром подразненої кишки (СПК)», передбачає:

- При переважанні абдомінальної болі: Спазмолітики, Холінолітики, Селективні антагоністи кальцію
- При переважанні діареї: Антидіарейні засоби
- При переважанні закрепів: Проносні засоби, Прокінетики, Пребіотики, 5NH₄-агоністи