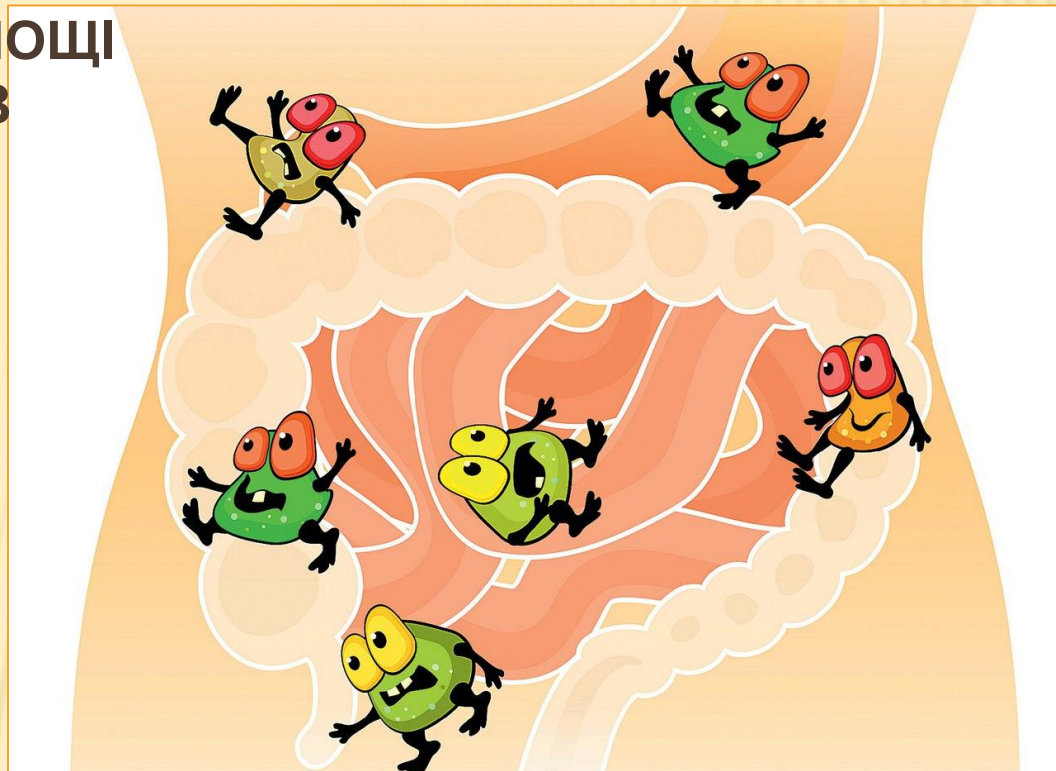


**ДІАГНОСТИЧНІ ТРУДНОЩІ
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З
ДИСПЕПТИЧНИМ
СИНДРОМОМ**



Диспепсія (від грец. порушення травлення) – збірний термін, для позначення розладів травлення переважно функціонального характеру, що виникають внаслідок недостатнього виділення травних ферментів або нераціонального харчування (диспепсія аліментарна). Інша назва диспепсії – синдром "ледачого шлунка". Свою назву хвороба отримала через втрату здатності шлунка скорочуватися, подрібнювати і обробляти їжу, просуваючи її в кишечник для подальшої обробки.

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої гастроентерологічної організації (OMGE) під диспепсією слід розуміти наявність больового синдрому і дискомфорту у верхній частині живота, які зазвичай супроводжуються й іншими диспептичними симптомами (нудота, печія, відчуття повноти після їди, відрижка, здуття та ін.) і були або не були інтимно пов'язаними з прийомом їжі.

Клінічна класифікація функціональних шлунково-кишкових порушень (розроблена Міжнародним робочим комітетом із функціональних гастроінтестинальних розладів).

КЛАСИФІКАЦІЯ

- А. Функціональні захворювання стравоходу
- А1. Глобус (грудка)
- А2. Синдром румінації ("жування жуйки")
- А3. Функціональний біль у грудній клітці й імовірно стравохідного
- походження
- А4. Функціональна печія
- А5. Функціональна дисфагія
- А6. Неспецифічні функціональні розлади стравоходу

- Б. Гастродуоденальні розлади
- Б1. Функціональна диспепсія
- ~~Б1а. Виразкоподібна диспепсія~~
- Б1б. Дисмоторноподібна диспепсія
- Б1в. Неспецифічна диспепсія
- Б2. Аерофагія
- В. Розлади товстої кишки
- В1. Синдром подразненої товстої кишки
- В2. Функціональне здуття живота
- В3. Функціональний закреп
- В4. Функціональна діарея
- В5. Неспецифічні функціональні розлади товстої кишки
- Г. Функціональний абдомінальний біль
- Г1. Функціональний больовий синдром у животі
- Г2. Неспецифічний функціональний біль у животі
- Д. Біліарні розлади
- Д1. Дисфункція жовчного міхура
- Д2. Дисфункція сфінктера Одді.

Виділяють диспепсію аліментарну, яка виникає в результаті тривалого нераціонального харчування. Розрізняють бродильну, гнильну і жирову диспепсію.

Захворювання, що виявляються диспепсією, можуть бути двох категорій: органічні та функціональні.

1. Органічна – диспепсія зі встановленою причиною (виявляється у 40 % хворих), і може спостерігатися при виразковій хворобі, захворюваннях підшлункової залози, жовчного міхура і при інших органічних захворюваннях.

- 2. Функціональна – диспепсія без встановленої причини, до неї належать клінічні прояви, що розвинулися внаслідок порушень моторики шлунка і дванадцятипалої кишки, не пов'язані з будь-якою органічною патологією і такі, що спостерігаються впродовж більше 12 тиж (не менше 12 тиж упродовж 12 міс). При функціональній диспепсії відсутній зв'язок болів і дискомфорту з порушеннями функції кишечника, причиною її можуть бути психічний стан, стрес, фактори навколишнього середовища.

ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ

Бродильна диспепсія пов'язана з надмірним споживанням вуглеводів (цукру, меду, борошняних продуктів, фруктів, винограду, гороху, бобів, капусти та ін.), а також бродильних напоїв (квасу), внаслідок чого в кишечнику створюються умови для розвитку бродильної флори. Гнильна диспепсія виникає при переважному вживанні білкових продуктів, особливо баранячого, свинячого м'яса, яке повільніше перетравлюється в кишечнику. Іноді гнильна диспепсія виникає внаслідок вживання в їжу несвіжих м'ясних продуктів. Жирова диспепсія обумовлена надмірним вживанням жирів, що повільно перетравлюються, особливо тугоплавких (свинячий, баранячий).

ДИСПЕПСІЇ ЗІ ВСТАНОВЛЕНОЮ ПРИЧИНОЮ:

- – хвороби органів травлення;
- – виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;
- – гастроезофагеальна рефлюксна хвороба;
- – захворювання біліарного тракту;
- – панкреатит гострий і хронічний;
- – рак шлунка, підшлункової залози, товстої кишки;
- – захворювання, що протікають із синдромом мальабсорбції;
- – захворювання судин;
- – прийом лікарських засобів: нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) (включаючи специфічні інгібітори циклооксигенази-2), антибіотики, теофіліни, препарати наперстянки, препарати калію, препарати заліза;
- – інші причини: цукровий діабет, гіпер- або гіпофункція щитоподібної залози, гіперпаратиреоїдний синдром, порушення водно-електролітного балансу, ішемічна хвороба серця, захворювання сполучної тканини, хронічна інтестинальна псевдообструкція, захворювання печінки, вживання алкоголю.

ПАТОГЕНЕТИЧНИМИ ЧИННИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ ВВАЖАЮТЬ:

- 1. Порушення рухової функції шлунка і дванадцятипалої кишки:
 - розлади акомодатії шлунка у відповідь на їжу (під акомодатією розуміється розслаблення проксимального відділу шлунка після їжі);
 - порушення ритму перистальтики шлунка;
 - ослаблення рухової функції антрального відділу;
 - порушення антродуоденальної координації.
- 2. Вісцеральна гіперчутливість (підвищена чутливість рецепторного апарату стінки шлунка до розтягування).
- 3. Шкідливі звички в харчуванні й аліментарні погрішності. Значне вживання алкоголю, кави, чаю. Куріння.
- 4. Прийом лікарських засобів, зокрема нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).
- 5. Нервово-психічні стреси.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

- Органічна диспепсія може проявляти себе болями в епігастральній ділянці, печією, нудотою, відрижкою, відчуттям переповнювання, здуття в епігастральній ділянці, метеоризмом і надмірним скупченням газів у ки-шечнику. Поява перерахованих скарг повинна лише орієнтувати лікаря на етіологічний пошук, але необхідно враховувати, що дані симптоми можуть розвиватися і без видимої органічної причини (при функціональній диспепсії).

Біль. Ретельне з'ясування характеру болю може дати лікареві важливу діагностичну інформацію. Вісцеральний біль хворий зазвичай описує як тупий, постійний за характером, із дифузним розповсюдженням по середній лінії живота або як відчуття переповнення чи розтягування шлунка. Загрудинний біль зазвичай виникає при захворюваннях стравоходу або кардіального відділу шлунка, біль в епігастральній ділянці – при ураженні шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчних протоків або підшлункової за-лози.



- З прогресуванням захворювання біль, обумовлений ураженням жовчних шляхів, може зміститися у ділянку верхнього правого квадранта живота і до верхівки лопатки, а біль, викликаний захворюванням підшлункової залози, – у ділянку лівого верхнього квадранта живота і ліву частину спи-ни. Біль навколо пупка зазвичай буває пов'язаний із захворюванням тонкої кишки. Біль нижче за пупок часто обумовлений апендицитом, захворюваннями товстої кишки або органів малого таза.

Важливо встановити тип болю: постійний, нападopodobний, епізо-дичний, періодичний, його зв'язок з їжею тощо. Наприклад, при інфільтруючому раку шлунка – постійний біль, при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки – нічний тощо. Виникнення болю незабаром після їди говорить про захворювання стравоходу, гострий гастрит або рак шлунка. Поява симптомів диспепсії, включаючи болі, через декілька годин після їди може бути пов'язана з порушенням евакуаторної функції шлунка.



□ Печія – це відчуття тепла, що локалізується за грудиною або у верхній частині епігастральної ділянки або іррадіює у ділянку шиї, іноді у передпліччя.

Печія, що часто виникає і сильно виражена, зазвичай є наслідком подразнення слизової оболонки стравоходу соляною кислотою або жовчю, що закидаються в стравохіді. Вона може супроводжуватися мимовільною появою в роті рідини, що може бути солонуватою, кислою ("кисла відрижка") або гіркою, такою, що має зелений або жовтий колір (жовч).

Печія може виникнути після вживання певних харчових продуктів (наприклад, соки цитрусових), лікарських засобів (ацетилсалі-цилова кислота, алкоголь). Зазвичай печію вдається ослабити відразу (хоч б тимчасово) прийомом антацидних засобів.

- Анорексія, або втрата апетиту, це симптом, що зустрічається при ряді захворювань. Слід чітко відрізнити анорексію від відчуття ситості і від непереносимості окремих харчових продуктів. Анорексія часто спостерігається при гепатиті (передуює появі жовтяниці), може бути важливим симптомом при раку шлунка.

При захворюваннях кишечника анорексію слід відрізняти від страху прийому їжі через розвиток відчуття дискомфорту

(ситофобія). Ситофобія спостерігається при хворобі Крона, у хворих, що страждають на виразкову хворобу з локалізацією виразки у пілоричному канаті, в ділянці анастомозу. Анорексія також може бути симптомом не-гастроентерологічних захворювань (застійна серцева недостатність, уремія, гіперпаратиреоз, аддисонова хвороба та ін.).

- Нудота означає відчуття бажання виконати блювотний акт, що насувається; зазвичай відчувається в горлі або в епігастральній ділянці. Найчастіше посилюється хвилиноді, призводить до позиву на блювання і закінчується нею. Нудота може виникнути в результаті подразнення рецепторів стінки порожнистого органа (наприклад, розтягнення шлунка або дванадцятипалої кишки), силь-ного соматичного болю, важких емоційних потрясінь



- Блювання – мимовільне викидання з рота вмісту шлунка. Нудота часто передує блюванню або супроводжує його. Супутня блюванню важка нудота супроводжується блідістю шкірних покривів, підвищеною пітливістю, слинотечею, брадикардією та іншими симптомами. Блювотний акт, якщо він достатньо сильний і стійкий, унаслідок тиску, що підвищився при цьому, може призвести до розриву стравоходу або до лінійного розриву слизової оболонки кардіальної частини шлунка зі шлунковою кровотечею (синдром Меллорі-Вейсса). Тривале блювання може зумовити розвиток гіпогідратації та метаболічного алкалозу, що супроводжується гіпокаліємією.

Здуття або розтягування живота може супроводжуватися розлитим болем і підвищеним газоутворенням (метеоризм) і газовиділенням (флатуленція). Локалізований біль зазвичай виникає в результаті залучення до процесу будь-якого органа (наприклад, застійна печінка, збільше на селезінка або пухлина товстої кишки).

- Гикавка – мимовільний сильний короткий вдих при закритій голосовій щілині, обумовлений судомним скороченням діафрагми. Гикавка пов'язана з подразненням дихального центру, діафрагмального або блукаючого нерва. У гастроентерологічній практиці найчастіше гикавка зустрічається у хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми, езофагітами, раком кардії або дистального відділу стравоходу, перитонітом, карциноматозом очеревини, піддіафрагмальним абсцесом.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

Поряд із диспепсією, яка обумовлена тим або іншим органічним захворюванням органів травлення, виділяють так звану функціональну диспепсію. Хворі на функціональну диспепсію – це різні пацієнти зі хронічними диспептичними симптомами і без чітких морфологічних аномалій у клініці. Вони складають більше 50 % всіх пацієнтів, які звертаються зі скаргами на болі й різні симптоми у верхній абдомінальній ділянці.

□ Критерії діагностики функціональної диспепсії:

- 1) хронічні або рецидивуючі болі (або дискомфорт) у верхніх відділах живота протягом не менше одного місяця, за умови, що дані симптоми проявляють себе більше 25 % часу;
- 2) відсутність клінічних, біохімічних, ендоскопічних, ультразвукових ознак органічних захворювань, які могли б виявлятися диспепсією.

ВИДІЛЯЮТЬ НАСТУПНІ КЛІНІЧНІ ФОРМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ:

- **Виразкоподібна форма.** При даному варіанті функціональної диспепсії провідним клінічним симптомом є періодичні болі, що локалізуються в епігастральній ділянці. Вони нерідко пов'язані з відчуттям голоду або виявляються вночі та купіруються прийомом антацидних лікарських засобів. Болі посилюються під впливом нервово-психічних чинників і часто супроводжуються появою у пацієнтів відчуття страху з приводу небезпечного захворювання.
- **Дискінетична форма.** Основними стають такі симптоми, як раннє насичення, дискомфорт і відчуття переповнення, а також відчуття здуття в епігастральній ділянці, нудота.
- **Неспецифічна функціональна диспепсія.** Скарги пацієнта важко віднести до тієї або іншої групи. Більше того, у одного і того ж пацієнта можливе поєднання різних варіантів функціональної диспепсії, а також поєднання різних варіантів функціональної диспепсії з клінічними проявами гастроезофагальної рефлюксної хвороби і синдрому подразненого кишечника.

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

- **Анамнез.** При зборі анамнезу лікар повинен з'ясувати наявність у пацієнта захворювань, що викликають диспептичні симптоми. Визначити характер і динаміку скарг (болі, розпирання, відрижка, печія), їх зв'язок із порою року і їжею. Також необхідно з'ясувати характер травлення пацієнта. Важливо дізнатися, чи проводилося лікування раніше і якими методами.
- **Фізикальний огляд** проводиться для виключення фізикальних ознак захворювань ШКТ, дихальної і серцево-судинної систем.

Особливості збору анамнезу:

- 1. Оцінити типові симптоми функціональної диспепсії.
- 2. Оцінити наявність тривожних симптомів або симптомів «червоних прапорців».
- 3. Оцінити симптоми та фактори ризику інших проявів органічної патології стравоходу (ГЕРХ) та шлунка (виразки, раку шлунка, гастриту тощо), диспепсії, індукованої прийомом медикаментів, інших функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (СПК, аерофагія, функціональне блювання тощо).

- ▣ **Лабораторні дослідження.** До рутинних методів діагностики відносять клінічний аналіз крові та дослідження калу на наявність прихованої крові (для виключення шлунково-кишкової кровотечі), а також біохімічний аналіз крові. За наявності відхилень у рутинних методах діагностики необхідне проведення додаткових методів діагностики (наприклад, візуалізуючих досліджень і ендоскопії).

Лабораторні методи обстеження:

- 1. Загальний аналіз крові.
- 2. Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).
- 3. Скринінговий метод діагностики інфекції *H.pylori*:
 - 3.1. Каловий антигенний тест.
 - 3.2. Серологічне дослідження.
 - 3.3. С-сечовинний дихальний тест.
 - 3.4. Дихальний хелік-тест.

Інструментальне обстеження:

- Направити на ЕГДС, обов'язкове для чоловіків старше 35 років, жінок старше 45 років та/або за наявності у пацієнта тривожних симптомів («червоних прапорців»). У пацієнтів молодого віку з коротким анамнезом без тривожних симптомів проведення ЕГДС не обов'язкове.

Консультації спеціалістів:

- Направити на консультацію до гастроентеролога при виявленні тривожних симптомів (симптомів «червоних прапорців»).

Синдром диспепсии

Обследование: эндоскопия, ультразвуковое исследование, анализы крови

Язвенная болезнь

HP⁺

антисекреторные
препараты +
эрадикация
H.pylori

HP⁻

антисекреторные
препараты

Гастроэзофагеальная
рефлюксная болезнь

эрозивный

антисекреторные
препараты +
Координакс
(Мотилиум)

неэрозивный

Координакс
(Мотилиум)

Функциональная диспепсия

дискинетический
вариант

Мотилиум

язвенноподобный
вариант

антисекреторные
препараты +
антациды +
эрадикация H.pylori

неспецифический
вариант

Мотилиум +
антациды

При язвенной болезни и язвенноподобном варианте функциональной диспепсии Мотилиум также может назначаться как дополнительный препарат при наличии нарушений гастродуоденальной моторики

Алгоритм обследования больных с синдромом диспепсии

- Фіброгастродуоденоскопія. Пацієнтам у віці старше 45 років, а також пацієнтам із насторожуючими симптомами, так званими симптомами "червоних прапорців" (дисфагія, блювота з кров'ю, мелена, гематохезія – яскраво-червона кров у калі, лихоманка, невмотивоване схуднення, лейкоцитоз, анемія, підвищення ШОЕ) у зв'язку з ризиком малігнізації показано негайне проведення ендоскопічного дослідження шлунка. Для пацієнтів молодше 45 років (за відсутності насторожуючих симптомів) деякі лікарі рекомендують проведення емпіричної терапії з використанням антисекреторних або прокінетичних препаратів.

Таблиця 1. Симптоми «червоних прапорців» (тривожні ознаки)

1	Ознаки шлунково-кишкової кровотечі (блювання з домішками крові, мелена)
2	Немотивована анемія
3	Немотивована прогресуюча втрата маси тіла
4	Прогресуюча дисфагія
5	Персистуюче блювання
6	Підвищення ШОЕ, лейкоцитоз
7	Надключична лімфаденопатія
8	Симптоми диспепсії, які вперше виникли в віці після 45 років

Таблиця 2. Шкала обтяжуючих факторів

Обтяжуючий фактор	Кількість балів
Вік: чоловіки > 35 років, жінки > 45 років	2
Чоловіча стать	2
Надлишкова маса тіла (індекс маси тіла > 25)*	1
Вживання алкоголю > 30 г/день	1
Паління > 10 сигарет/день	1
Вживання НПЗЗ та ГК	2
Виразка в анамнезі	2
Рак шлунка/стравоходу у родичів пацієнта	3

* — розрахунок індексу маси тіла:

Для виключення/підтвердження хелікобактерної інфекції рекомендується проведення скринінгових тестів (уреазний дихальний тест, дослідження калу методом полімеразної ланцюгової реакції – ПЛР). При збереженні симптомів шлунково-стравохідного рефлюксу після проведення ендоскопії і 2–4-тижневого курсу прийому інгібіторів протонної помпи пацієнтам можуть бути призначені стравохідна манометрія і рН-метрія.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА.

- Перший етап проведення диференційної діагностики – виключення органічної патології. Після виконання обстежень, спрямованих на виключення органічних причин, і визначення функціонального характеру диспепсії необхідне проведення диференційної діагностики з іншими функціональними порушеннями. Функціональну диспепсію часто доводиться диференціювати з синдромом подразненої товстої кишки – захворюванням також функціональної природи, що виявляється болями в животі, які минають після акту дефекації, метеоризмом, проносами, закрепами або їх чергуванням, відчуттям неповного спорожнення кишечника, імперативними позивами на дефекацію. При цьому, проте, часто доводиться мати на увазі, що функціональна диспепсія часто може поєднуватися із синдромом подразненої товстої кишки, оскільки в патогенезі обох синдромів важливе місце належить схожим порушенням рухової функції травного тракту.

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 шлунка (виразки, раку шлунка, гастриту тощо).

Характерними типовими симптомами ГЕРХ є печія та відрижка кислим (регургітація).
Пацієнти, в яких симптоми з'являються з частотою 2 рази на тиждень протягом 4–8 тижнів та більше, повинні розглядатись як ті, що мають ГЕРХ. Для підтвердження діагнозу застосовують тест з ІПП, ЕГДС та результати 24-годинного стравохідного рН-моніторингу.

Диспепсію часто доводиться диференціювати з іншими функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту: СПК, аерофагія, функціональне блювання тощо. СПК проявляється болями в животі, які зникають після дефекації, і супроводжується метеоризмом, проносами, закрепами, відчуттям неповного спорожнення кишечника. Аерофагія визначається як повторна відрижка, обумовлена заковтуванням повітря, що викликає дискомфорт, і відзначається впродовж не менше ніж 12 тижнів протягом року. Діагноз ставиться на підставі анамнезу та об'єктивного підтвердження наявності підвищеного заковтування повітря. Пацієнти з аерофагією потребують обов'язкової консультації психіатра для виключення депресії і підвищеної тривоги. Функціональне блювання діагностується тільки після ретельного обстеження пацієнта з проведенням гастродуоденоскопії, рентгенологічного дослідження ДПК і тонкої кишки, КТ, визначенням вмісту електролітів, оцінки евакуаторної функції шлунка, а також після ретельного вивчення стану ЦНС.

У ряді випадків синдром функціональної диспепсії доводиться диференціювати з іншими функціональними порушеннями шлунка – аерофагією і функціональною блювотою. Аерофагія визначається як повторна відрижка, обумовлена заковтуванням повітря, яка непокоїть хворого і відзначається протягом не менше 12 тиж упродовж року. Діагноз зазвичай ставиться на підставі анамнезу і об'єктивного підтвердження наявності підвищеного заковтування повітря. Хворі, які страждають на аерофагію, потребують обов'язкової консультації психіатра для виключення депресії та підвищеної тривоги.

Діагноз функціональної блювоти ставиться в тих випадках, коли у хворого протягом не менше 12 тиж упродовж року і щонайменше не рідше за 3 дні на тиждень спостерігається блювання, а ретельно проведене

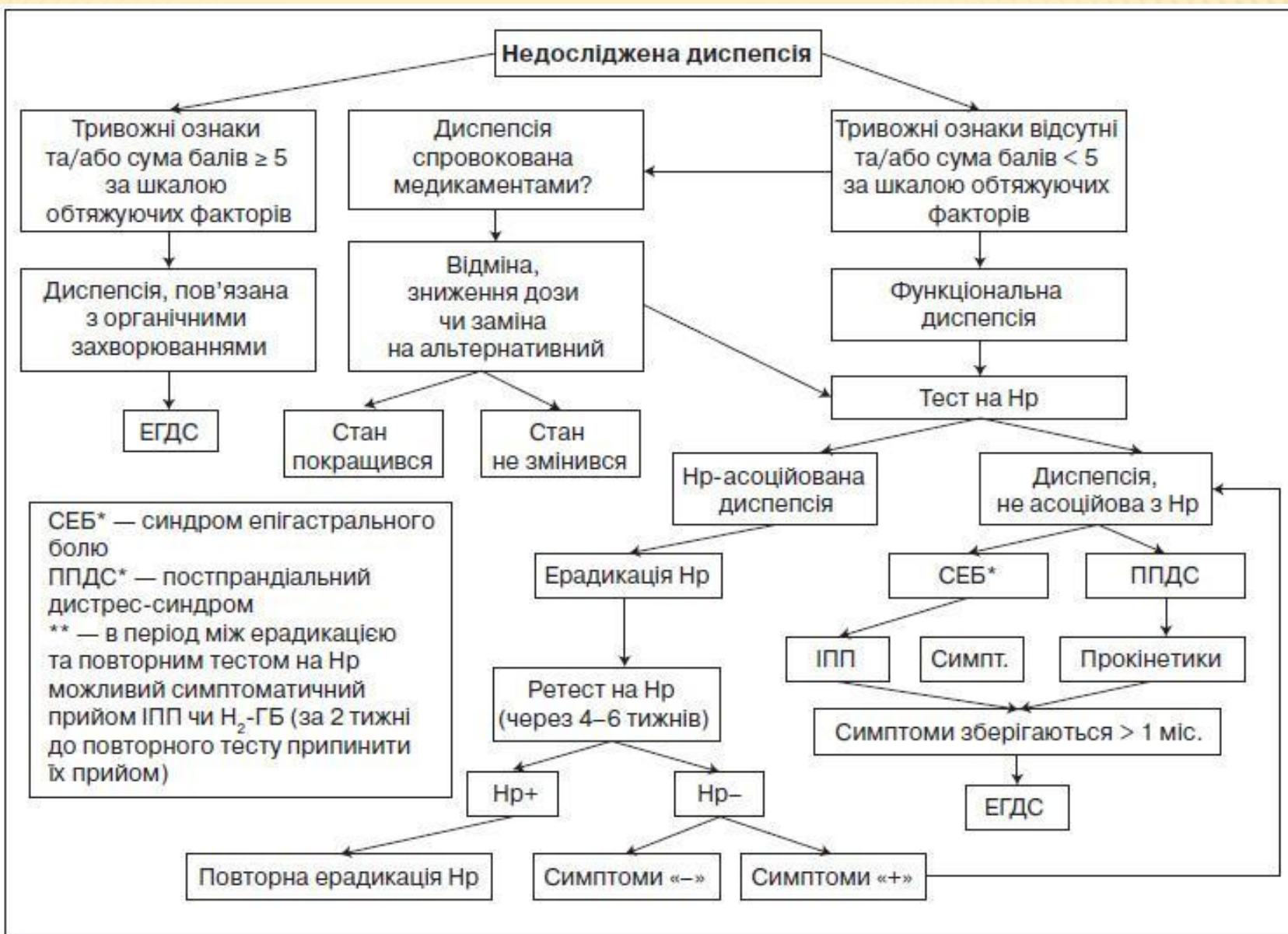
обстеження не виявляє інших причин, що пояснюють наявність даного симптому (відсутні блювота, що самотійно викликається, або блювота, спровокована прийомом лікарських препаратів, немає органічного ураження кишечника або центральної нервової системи, метаболічних порушень і серйозних психічних захворювань). Діагноз функціональної блювоти, що рідко зустрічається, важкий і ставиться тільки після проведення ретельного обстеження хворого, що включає проведення гастродуоденоскопії, рентгенологічного дослідження тонкої кишки і комп'ютерної томографії, визначення вмісту електролітів, оцінку евакуаторної функції шлунка, ретельне вивчення стану центральної нервової системи.

При диспепсії зі встановленою причиною лікування спрямоване на терапію органічного захворювання, що супроводжується ознаками диспепсії.

Метою лікування функціональної диспепсії є полегшення симптомів.

Дуже важливим для успішного лікування є усвідомлення хворим функціональної природи захворювання і розуміння можливості рецидивування симптомів.

Терапія включає немедикаментозне (заходи щодо зміни способу життя, корекцію дієти) і медикаментозне лікування.



Немедикаментозне лікування.

- Дієтотерапія. З раціону виключається їжа, що трудно перетравлюється, і груба їжа. Не рекомендується дотримуватися дуже строгих дієт із повним виключенням будь-якого продукту (наприклад, м'яса або борошняних виробів). Багато пацієнтів почувають себе краще, вживаючи страви середземноморської кухні або негострої азіатської. Необхідне часте дрібне харчування (до 6 разів на добу). Не слід вживати великі порції їжі, особливо увечері. Також показано припинення куріння, зловживання алкоголем, вживання кави. Слід припинити прийом нестероїдних протизапальних засобів, препаратів заліза.
- Психотерапія. Від 20 до 60 % хворих із функціональною диспепсією позитивно реагують на плацебо, таким чином, психологічний чинник відіграє важливу роль.

▣ Медикаментозне лікування.

Спеціальних методів лікування і профілактики функціональної диспепсії в теперішній час не розроблено. Вважається виправданим призначення емпіричної медикаментозної терапії на 4–6 тиж. У медикаментозному лікуванні застосовуються антисекреторні препарати, антациди, засоби, що обволікають, прокінетики, антихелікобактерні, антибактеріальні засоби. Антихелікобактерна терапія при функціональній диспепсії вважається доцільною за низкою позицій: *Helicobacter pylori*-інфекція і подальший хронічний гастрит вважаються одним із вірогідних механізмів розвитку функціональної диспепсії.

ПРОГНОЗ

Відсутність органічної патології дозволяє вважати прогноз сприятливим, проте у пацієнтів і функціональними розладами доведено зниження якості життя. Від 30 до 50 % пацієнтів із диспепсією через рік повністю виліковуються. У 30 % випадків спостерігається спонтанне ви-лікування. З іншого боку, вірогідність рецидивування клінічної симптом а-тики після завершення курсу терапії достатньо висока. Частота злоякісних захворювань на фоні функціональної диспепсії дуже низька.

ПРОФІЛАКТИКА

Профілактикою функціональної диспепсії можна вважати дотримання правильного режиму харчування і раціональної дієти, зменшення стресових ситуацій, своєчасний відпочинок.