



# Согласительное совещание Европейского общества нейрогастроэнтерологии и моторики по функциональной диспепсии (2020): все ли точки над *i* уже расставлены?

А.А. Шептулин\*, О.А. Сторонова, Д.Е. Румянцева

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

**Цель обзора.** Проанализировать итоговый документ согласительного совещания Европейского общества нейрогастроэнтерологии и моторики по функциональной диспепсии, состоявшегося в 2020 г.

**Основные положения.** Результаты голосования экспертов, принимавших участие в указанном согласительном совещании, в целом подтвердили основные положения Римских критериев IV пересмотра, касающиеся дефиниции функциональной диспепсии, ее этиологии и патогенеза, диагностики и лечения, а также положения Киотского консенсуса, имеющие отношение к возможной связи диспепсических жалоб с инфекцией *H. pylori*. Непринятие экспертами ряда положений (особенно в оценке эффективности различных лекарственных препаратов) свидетельствует о недостаточной изученности многих вопросов этого заболевания.

**Заключение.** Проблема функциональной диспепсии требует продолжения научных исследований.

**Ключевые слова:** диспепсия, функциональная диспепсия, *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Для цитирования:** Шептулин А.А., Сторонова О.А., Румянцева Д.Е. Согласительное совещание Европейского общества нейрогастроэнтерологии и моторики по функциональной диспепсии (2020): все ли точки над *i* уже расставлены? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(2):40–45. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-2-40-45>

## Consensus Meeting of European Society of Neurogastroenterology and Motility on Functional Dyspepsia (2020): Have We Dotted All the I's?

Arkadiy A. Sheptulin\*, Olga A. Storonova, Diana E. Rummyantseva

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

**Aim.** A review of the agreement issued by the European Society of Neurogastroenterology and Motility consensus meeting on functional dyspepsia in 2020.

**Key points.** Expert votes at the consensus meeting generally confirmed the main statements of the Rome Criteria Revision IV on the definition of functional dyspepsia, its aetiology and pathogenesis, diagnosis and treatment, as well as those of the Kyoto Consensus covering the possible association of dyspeptic complaints with *H. pylori* infection. An absent consensus on certain statements, especially in drug efficacy evaluation, demonstrates insufficient knowledge of many issues in disease.

**Conclusion.** Functional dyspepsia demands further investigation.

**Keywords:** dyspepsia, functional dyspepsia, *Helicobacter pylori*-associated gastritis

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

**For citation:** Sheptulin A.A., Storonova O.A., Rummyantseva D.E. Consensus Meeting of European Society of Neurogastroenterology and Motility on Functional Dyspepsia (2020): Have We Dotted All the I's? Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2021;31(2):40–45. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-2-40-45>

В 2019–2020 гг. под руководством президента Римского комитета по изучению нарушений взаимодействия «головной мозг — кишечник» (Rome Foundation for Disorders of Gut-Brain Interactions, DGBIs) J. Tack (Бельгия) была проведена большая работа по разработке и утверждению экспертами положений итогового согласительного совещания Европейского общества нейрогастроэнтерологии и моторики (European Society of Neurogastroenterology and Motility, ESNM), касающихся функциональной диспепсии (ФД). Предварительно эти положения обсуждались в процессе очных совещаний, проходивших в 2019 г. (в том числе и в рамках Объединенной Европейской недели гастроэнтерологии). Итоговое голосование в условиях пандемии прошло в режиме on-line. В совещании приняли участие 42 эксперта из 25 стран, включая таких известных гастроэнтерологов, как D. Dumitrascu (Румыния), J.C. Malagelada (Испания), С. O'Morain (Ирландия), E. Savarino (Италия), T. Vanuytsel (Бельгия), F. Zerbib (Франция) и др. Россию представляли сотрудники кафедры и клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии (заведующий кафедрой и директор клиники — академик РАН В.Т. Ивашкин) ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» А.А. Шептулин, О.А. Сторонова и Д.Е. Румянцева. Эксперты оценивали справедливость 65 положений. При этом положение считалось принятым, если за него голосовали более 80 % экспертов [1].

Первый раздел итогового документа согласительного совещания содержит положения, касающиеся терминологических аспектов ФД и описания имеющих у таких больных симптомов. Положения, характеризующие определение данного заболевания и входящие в него симптомы, необходимость отсутствия у больных органических причин, объясняющих возникновение указанных симптомов; выделение двух основных вариантов ФД — синдрома боли в эпигастрии (СБЭ) и постпрандиального дистресс-синдрома (ПДС), частое сочетание ФД с симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (изжога, срыгивание) и синдрома раздраженного кишечника (СРК) — даны в строгом соответствии с «Римскими критериями» (РК) ФД IV пересмотра [2] и получили высокую степень одобрения экспертов. Здесь хотелось бы остановиться лишь на следующем положении:

*«Положение 1.5. Диспепсические симптомы часто сочетаются с другими симптомами, такими как вздутие в верхней части живота, тошнота и отрыжка (уровень одобрения (УО): 98 %)».*

Представляется, что это положение нуждается в большей конкретизации. Как известно, в РК III пересмотра тошнота и отрыжка не включались в перечень симптомов ФД, а трактовались как самостоятельные заболевания («синдром хронической

идиопатической тошноты», «синдром неспецифической чрезмерной отрыжки») [3], что в случаях сочетания данных симптомов с ФД порождало при формулировке диагноза искусственные нагромождения. Поэтому в РК IV пересмотра было внесено важное уточнение, что в случаях наличия у больного ФД отрыжки и тошноты врач не просто констатирует сочетание ФД с данными симптомами, а вправе рассматривать их как дополнительные признаки (possible adjunctive features) ФД [2].

Во втором разделе итогового документа рассматриваются вопросы, относящиеся к эпидемиологии и факторам риска ФД. Эксперты приняли положения о большей распространенности ФД у женщин по сравнению с мужчинами (УО: 83 %), о значении перенесенных острых желудочно-кишечных инфекций для последующего возникновения ФД (УО: 90 %) и влиянии повышенной тревожности больных на развитие заболевания (УО: 93 %). При этом не была подтверждена роль приема нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотикотерапии, а также курения как факторов риска ФД (УО, соответственно: 61, 37 и 37 %).

В третьем разделе итогового документа согласительного совещания оценивается влияние ФД на социально-экономический статус. Отмечены высокие финансовые затраты системы здравоохранения и самого пациента на обследование и лечение по поводу ФД (УО, соответственно: 98 и 93 %), падение у таких больных производительности труда (УО: 88 %), снижение качества жизни (УО: 100 %), связь функциональной диспепсии с повышенным уровнем тревоги и депрессии (УО: 100 %), влияние на обращаемость больных ФД за медицинской помощью таких факторов, как выраженность клинических симптомов (УО: 93 %) и наличие повышенного уровня тревоги и депрессии (УО: 80 %).

Заслуживает отдельного комментария следующее положение:

*«Положение 3.6. Следствием ФД может быть потеря массы тела (УО: 90 %)».*

Как известно, в РК III и IV пересмотров потеря массы тела включена в перечень «симптомов тревоги», указывающих с высокой долей вероятности на наличие серьезного органического заболевания [2, 3]. Безусловно, что этот симптом может быть обусловлен ФД, особенно при наличии нарушенной аккомодации желудка, приводящей к появлению чувства раннего насыщения. Тем не менее при обсуждении данного положения целесообразно подчеркнуть, что оно справедливо только при условии исключения после тщательного обследования больных других причин потери массы тела.

Четвертый раздел итогового документа согласительного совещания содержит положения, касающиеся патогенетических факторов ФД. В дополнительном обсуждении нуждается следующее положение:

«Положение 4.2. Наличие инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) может быть причиной возникновения симптомов у определенной подгруппы больных с диспепсией, имеющих нормальную эндоскопическую картину слизистой оболочки желудка (УО: 81 %)».

Согласно Киотскому консенсусу у части больных с *H. pylori*-ассоциированным гастритом после эрадикации может наблюдаться устойчивое (не менее 6 месяцев — 1 года) исчезновение симптомов диспепсии [4]. Однако в соответствии с ним необходимо отметить, что в указанных случаях они рассматриваются не как больные с ФД, а как пациенты, страдающие диспепсией, ассоциированной с инфекцией *H. pylori*.

Экспертами были одобрены положения о значении в патогенезе ФД таких факторов, как нарушение аккомодации желудка и замедление его опорожнения (УО, соответственно: 93 и 85 %), гиперчувствительность рецепторного аппарата стенки желудка к растяжению (УО: 93 %), нарушение центральной обработки сигналов, поступающих из гастродуоденальной зоны (УО: 85 %).

Не были приняты положения о том, что в основе возникновения симптомов ФД лежат диетические факторы (УО: 51 %), что ускорение опорожнения желудка может быть патофизиологическим фактором ФД (УО: 32 %), что патогенетическую роль в развитии ФД могут играть нарушения освобождения гастроинтестинальных пептидов (УО: 24 %), изменения состава микробиоты двенадцатиперстной кишки (УО: 34 %), нарушения функции блуждающего нерва (УО: 46 %).

Следует отметить, что не набрало нужного процента голосов и, соответственно, не было одобрено положение, согласно которому изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки могут быть патогенетическим фактором ФД (УО: 76 %), хотя на значение ее воспаления низкой степени активности, а также дуоденальной эозинофилии в развитии ФД указывается в РК IV пересмотра [2].

Спорным также следует считать непринятие положений о роли нарушений секреции соляной кислоты (УО: 29 %) и повышенной чувствительности дуоденальной слизистой оболочки к содержимому двенадцатиперстной кишки (УО: 68 %) в возникновении ФД, поскольку эффективность ингибиторов протонной помпы (ИПП) в лечении больных с СБЭ свидетельствует о том, что увеличение секреции соляной кислоты и повышение чувствительности к ней слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки способны быть патофизиологическим фактором, по крайней мере, данного варианта ФД [5].

Не получило поддержки и положение о роли наследственной предрасположенности к возникновению ФД (УО: 37 %), хотя, несмотря на противоречивость опубликованных в литературе данных, высока вероятность, что ряд генетических факторов (в частности, полиморфизм гена GN-b3) может способствовать развитию ФД [6].

Пожалуй, больше всего вопросов вызывают положения пятого раздела итогового документа согласительного совещания, касающиеся постановки диагноза ФД. Приведем первые три из них:

«Положение 5.1. Проведение эзофагогастроудоденоскопии является обязательным (*mandatory*) для постановки диагноза функциональной диспепсии (УО: 80 %)».

«Положение 5.2. Врачи первичного звена могут вести необследованных больных с диспепсией без проведения эзофагогастроудоденоскопии, если у пациентов нет «симптомов тревоги» (УО: 93 %)».

«Положение 5.3. Проведение эзофагогастроудоденоскопии является обязательным при наличии «симптомов тревоги» или факторов риска (УО: 93 %)».

Сопоставление приведенных положений между собой показывает, что они не очень стыкуются друг с другом, напоминая известное выражение: «если нельзя, но очень хочется, то можно». Положение 5.1 выглядит несколько декларативно, поскольку в РК III и IV пересмотров необследованным больным с диспепсией моложе 45–55 лет при отсутствии «симптомов тревоги» выполнение эзофагогастроудоденоскопии не предусматривается; им рекомендуется тестирование на наличие инфекции *H. pylori* с последующей эрадикацией (концепция “test and treat”). Проведение гастродуоденоскопии, согласно данным РК, показано больным старше 45–55 лет, а также пациентам, имеющим «симптомы тревоги» [2, 3].

В литературе многократно отмечалось, что постановка диагноза ФД без проведения эзофагогастроудоденоскопии чревата серьезными диагностическими ошибками, поскольку, например, рак желудка может встречаться и у больных моложе 35–45 лет, протекать с диспепсическими расстройствами при отсутствии каких-либо «симптомов тревоги», появление которых может нередко свидетельствовать уже о далеко зашедшей стадии заболевания [5].

Симптомы диспепсии не являются специфичными и могут встречаться также при язвенной болезни. Выше уже говорилось, что ФД часто сочетается с симптомами ГЭРБ (изжога, срыгивание). Но было показано, что в 20 % случаях ГЭРБ протекает только с симптомами диспепсии [7], и, если мы не станем проводить эзофагогастроудоденоскопию таким больным, то мы не будем знать, какой формой ГЭРБ они страдают (неэрозивная, эрозивная, пищевод Барретта). А ведь от того, какая форма ГЭРБ имеется у больных, зависит и тактика их лечения.

Поэтому с учетом неспецифичности симптомов диспепсии Российская гастроэнтерологическая ассоциация рассматривает диагноз ФД как «диагноз исключения» и считает проведение эзофагогастроудоденоскопии таким больным обязательным [8].

Сказанное во многом относится и к следующему положению.

«Положение 5.9. Проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости целесообразно при установлении диагноза функциональной диспепсии (УО: 27 %)».

В своем клиническом руководстве по ведению больных с диспепсией G. Holtmann и N.J. Talley [9] включили болезни желчевыводящих путей и хронический панкреатит в круг заболеваний, способных протекать с симптомами диспепсии. О том, что желчнокаменная болезнь и хронический панкреатит могут протекать с неспецифическими диспепсическими симптомами как ведущими клиническими проявлениями, писали такие известные гастроэнтерологи, как U. Leuschner [10], а также P.G. Lankisch и P.A. Banks [11]. Поэтому неутверждение приведенного выше положения может привести к ошибкам в распознавании данных заболеваний.

Не вполне понятным остается также непринятие положения о целесообразности общего анализа крови при диагностике ФД (УО: 46 %), поскольку это исследование позволяет исключить «симптомы тревоги» (анемия, повышение СОЭ), отсутствие которых является необходимым условием постановки данного диагноза.

Утвержденные положения о необходимости тестирования каждого больного с диспепсическими жалобами на наличие инфекции *H. pylori* (УО: 81 %), установления диагноза ФД при наличии *H. pylori*-негативного гастрита (УО: 85 %) или сохранения диспепсических жалоб после успешной эрадикации (УО: 83 %) полностью соответствуют рекомендациям Киотского консенсуса по *H. pylori*-ассоциированному гастриту [4].

Было принято положение о необходимости выделения при постановке диагноза ФД варианта течения заболевания (СБЭ или ПДС), поскольку это определяет дальнейшие подходы к диагностике и лечению больных (УО: 83 %). В то же время экспертами не были утверждены положения о целесообразности исследования эвакуаторной функции желудка в процессе диагностики ФД (УО: 34 %), проведения мониторинга внутрипищеводного рН для исключения сопутствующей ГЭРБ (УО: 37 %), исследования переносимости объема принимаемых нутриентов (УО: 63 %), подсчета содержания эозинофилов в слизистой двенадцатиперстной кишки как маркера ФД (УО: 20 %). Вполне очевидно, что все эти исследования, дающие ценную информацию, должны проводиться не всем больным с подозрением на ФД, а лишь по специальным показаниям.

Нуждаются в комментариях и некоторые положения 6 раздела итогового документа согласительного совещания, посвященного лечению больных ФД.

«Положение 6.2. *H. pylori*-положительным больным функциональной диспепсией необходимо провести эрадикационную терапию (УО: 95 %)».

Ранее уже говорилось, что в случаях выявления у больных с диспепсическими жалобами инфекции

*H. pylori* о функциональной диспепсии можно говорить только после проведения эрадикационной терапии и сохранении жалоб, несмотря на отсутствие этой инфекции.

«Положение 6.3. Лечение ингибиторами протонной помпы является наиболее подходящей терапией первой линии при функциональной диспепсии (УО: 73 %)».

«Положение 6.4. Терапия ингибиторами протонной помпы является эффективной при лечении функциональной диспепсии (УО: 83 %)».

«Положение 6.5. Терапия ингибиторами протонной помпы является наиболее эффективной при СБЭ (УО: 59 %)».

Из трех приведенных положений принятым в итоге оказалось только второе. Между тем справедливость всех трех указанных положений не вызывает сомнений, причем наиболее высокий процент одобрения должен принадлежать третьему положению. В соответствии с РК IV пересмотра выбор лекарственной терапии ФД зависит от варианта течения ФД. При синдроме боли в эпигастрии в качестве препаратов первой линии приводятся ИПП, которые оказываются на 10–15 % эффективнее плацебо [2].

Не вполне ожидаемыми оказались результаты голосования, касающиеся положений об эффективности прокинетики при лечении ФД.

«Положение 6.6. Терапия прокинетики является наиболее подходящей терапией первой линии при лечении ФД (УО: 30 %)».

«Положение 6.7. Терапия прокинетики является эффективной при лечении ФД (УО: 54 %)».

«Положение 6.8. Терапия прокинетики является наиболее эффективной при ПДС (УО: 54 %)».

«Положение 6.9. Эффективность прокинетиков не зависит от улучшения степени опорожнения желудка (УО: 56 %)».

«Положение 6.10. Итоприд эффективен при лечении больных ФД (УО: 56 %)».

Ни одно из приведенных положений не получило достаточного процента голосов, чтобы считаться принятым. Между тем прокинетики с успехом применяются в лечении ФД уже многие годы. Другое дело, что некоторые из них (агонисты 5-НТ<sub>4</sub>-рецепторов цизаприд и тегасерод) были изъяты из обращения в связи с побочными эффектами, другие (антагонисты дофаминовых рецепторов) стали применяться значительно реже из-за экстрапирамидных расстройств (метоклопрамид) и способности вызывать удлинение интервала Q-T (домперидон). Что же касается итоприда, являющегося антагонистом D<sub>2</sub>-дофаминовых рецепторов и ингибитором ацетилхолинэстеразы, то в РК IV пересмотра он позиционирован как препарат, уменьшающий чувство переполнения в эпигастриальной области и раннего насыщения и отличающийся высокой безопасностью [3].

Неоднозначно можно оценить результаты голо-сования, касающиеся применения трициклических антидепрессантов в лечении ФД.

«Положение 6.11. Трициклические антидепрессанты эффективны в лечении синдрома боли в эпигастрии (СБЭ) (УО: 78 %)».

«Положение 6.12. Трициклические антидепрессанты эффективны в лечении постпрандиального дистресс-синдрома (ПДС) (УО: 32 %)».

«Положение 6.13. Трициклические антидепрессанты неэффективны в лечении постпрандиального дистресс-синдрома (ПДС) (УО: 39 %)».

Ни одно из этих положений не было принято, хотя первому из них до одобрения оставалось очень немного. Результаты крупного много-центрального исследования, в котором принимали участие известные специалисты по лечению ФД (N.J. Talley, Р. Moayyedi, M. Camilleri и др.), показали, что amitriptyline в небольших дозах эффективнее плацебо при лечении СБЭ, но не дает эффекта при ПДС [12].

Оценку положений об эффективности или неэффективности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а также ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина в лечении ФД можно охарактеризовать как неопределенную. Не были приняты как положения об эффективности данных препаратов (УО, соответственно: 20 и 17 %), так и об их неэффективности (УО: 54 и 49 %).

Не были утверждены положения об эффективности миртазапина для лечения больных с ПДС и потерей массы тела (УО: 68 %), агонистов 5-HT<sub>1A</sub>-рецепторов (тандоспирона, буспилона)

для лечения ПДС (УО: 56 %), растительных препаратов (в том числе иберогаста (STW-5) для лечения ФД (УО, соответственно: 37 и 54 %), а также рифаксимина (УО: 19 %).

Не были приняты положения об эффективности применения при ФД гипнотерапии (УО: 29 %); когнитивно-поведенческой терапии (УО: 42 %), акупунктуры (УО: 27 %). Было утверждено положение, что у больных ФД с дефицитом массы тела может оказаться необходимой нутритивная поддержка (УО: 90 %).

Последний, седьмой раздел итогового документа согласительного совещания включает в себя оценку двух положений, касающихся прогноза больных ФД. Отдаленный прогноз для большинства больных ФД был оценен как благоприятный (УО: 85 %), а ожидаемая продолжительность жизни пациентов с ФД была признана такой же, как в целом для всей популяции (УО: 100 %).

Таким образом, результаты голосования экспертов, принимавших участие в согласительном совещании Европейского общества нейрогастроэнтерологии и моторики, посвященном ФД, в целом подтвердили основные положения РК IV пересмотра, касающиеся дефиниции данного заболевания, его этиологии и патогенеза, диагностики и лечения, а также положений Киотского консенсуса, имеющих отношение к связи диспепсических жалоб с инфекцией *H. pylori*. Непринятие экспертами многих положений (особенно в оценке эффективности различных лекарственных препаратов) свидетельствует о необходимости продолжения исследований данной актуальной проблемы.

## Литература / References

1. Wauters L., Dickman R., Drug V., Mulak A., Serra J., Enck P., Tack J. and the ESNM FD consensus group. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United European Gastroenterol J.* 2021;9(3):307–31. DOI: 10.1002/ueg2.12061
2. Stanghellini V., Chan F.K.L., Hasler W.L., Malagelada J.R., Suzuki H., Tack J., Talley N.J. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1380–92.
3. Tack J., Talley N.J., Camilleri M., Holtmann J., Hu P., Malagelada J.R., Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology.* 2006;130(5):1466–79. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.11.059
4. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., Graham D.Y., El-Omar E.M. Niura S., et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. *Gut.* 2015;64(9):1353–67. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309252
5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Киприанис В.А. Функциональная диспепсия. М.: МЕДпресс-информ; 2017. [Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Kiprianis V.A. Functional dyspepsia. Moscow: MEDpress-Inform, 2017 (In Russ.).]
6. Holtmann G., Talley N.J. Hypothesis driven research and molecular mechanisms in functional dyspepsia: the beginning of a beautiful friendship in research and practice? *Am J Gastroenterol.* 2006;101(3):593–5. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2006.00480.x
7. McQuaid K.R. Dyspepsia. In: «Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease». M. Feldman et al. (Eds), 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia – London – Toronto – Montreal – Sydney – Tokyo, 2002. P. 102–18.
8. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Липина Т.Л., Трухманов А.С., Картавенко И.М. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2017;27(1):50–61. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Sheptulin A.A., Lipina T.L., Trukhmanov A.S., Kartavenko I.M., et al. Diagnosis and treatment of the functional dyspepsia: clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2017;27(1):50–61 (In Russ.).] DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-50-61
9. Holtmann G., Talley N.J. Clinician's manual on managing dyspepsia. London: Life Science Communications; 2000.
10. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-мед; 2001. [Leyshner U. A practical guide to bile duct disorders. Moscow: GEOTAR-MED, 2001 (In Russ.).]
11. Lankisch P.G., Banks P.A. Pancreatitis. – Berlin-Heidelberg-New York: Springer-Verlag; 1998.
12. Talley N.J., Locke G.R., Saito Y.A., Almazer A.E., Bouras E.P., Wowden C.W., et al. Effect of amitriptyline and escitalopram on functional dyspepsia: A multicenter, randomized controlled study. *Gastroenterology.* 2015;149(2):340–9.e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2015.04.020

**Сведения об авторах:**

**Шептулин Аркадий Александрович\*** — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: arkalshep@gmail.com; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>

**Сторонова Ольга Андреевна** — кандидат медицинских наук, врач отделения функциональной диагностики Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).  
Контактная информация: storonova@yandex.ru; 119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0960-1166>

**Румянцева Диана Евгеньевна** — кандидат медицинских наук, врач отделения гастроэнтерологии Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: diana-ryazanceva@yandex.ru; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7048-0538>

**Information about the authors**

**Arkadiy A. Sheptulin\*** — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: arkalshep@gmail.com; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>

**Olga A. Storonova** — Cand. Sci. (Med.), Physician, Department of Functional Diagnostics, Vasilenko Clinic of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: storonova@yandex.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0960-1166>

**Diana E. Rumyantseva** — Cand. Sci. (Med.), Physician, Department of Gastroenterology, Vasilenko Clinic of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: diana-ryazanceva@yandex.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7048-0538>

Поступила: 25.01.2021 Принята: 25.02.2021 Опубликовано: 30.04.2021  
Submitted: 25.01.2021 Accepted: 25.02.2021 Published: 30.04.2021

\* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author