



¹ Московский
клинический научно-
практический центр
им. А.С. Логинова

² Российский
университет
медицины, Москва

³ Тверской
государственный
медицинский
университет

Распространенность синдрома диспепсии в мире

Е.Е. Стаувер¹, Е.С. Кузнецова¹, К.А. Никольская, к.м.н.¹,
М.В. Чеботарева¹, Н.А. Неясова¹, Г.Л. Юренев, д.м.н., проф.²
Д.С. Бордин, д.м.н., проф.^{1, 2, 3}

Адрес для переписки: Елена Евгеньевна Стаувер, elenastauver@mail.ru

Для цитирования: Стаувер Е.Е., Кузнецова Е.С., Никольская К.А. и др. Распространенность синдрома диспепсии в мире. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (13): 38–49.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-13-38-49

*Синдром диспепсии характеризуется совокупностью клинически значимых симптомов (чувство переполнения желудка после еды, быстрое насыщение, боль, чувство жжения в эпигастральной области) и классифицируется как вторичный (при выявлении структурного, системного или метаболического заболевания) или как функциональный (если причина симптомов не диагностирована). По данным метаанализов, глобальная распространенность необследованной диспепсии по критериям Рим I–III составляет около 20,4%, по критериям Рим IV – 8,4%, по результатам российских исследований – 19,1–30,8%. Распространенность функциональной диспепсии по критериям Рим IV в симптом-ориентированных популяционных исследованиях находится в диапазоне 5,5–18,3%. Данные литературы демонстрируют высокую вариабельность распространенности синдрома диспепсии, обусловленную применяемыми диагностическими критериями, доступностью эзофагогастродуоденоскопии и тестирования на *Helicobacter pylori*, а также способом сбора данных.*

Ключевые слова: синдром диспепсии, функциональная диспепсия, необследованная диспепсия, эпидемиология диспепсии, *Helicobacter pylori*

Введение

Синдром диспепсии представляет собой совокупность клинически значимых симптомов (чувство переполнения желудка после еды, быстрое насыщение, боль, чувство жжения в эпигастральной области) и классифицируется как вторичный (при выявлении структурного, системного или метаболического заболевания) или как функциональный (если не диагностирована патология, являющаяся причиной симптоматики) [1]. В популяционных исследованиях распространенность диспепсических симптомов, как правило, колеблется в пределах 20–30% [2]. Результаты наиболее масштабного систематического обзора и метаанализа (312 000 участников) показали, что при использовании критерия «боль или дискомфорт в верхней части живота» доля лиц с необследованной диспепсией составляет 20,4% (95%-ный доверительный интервал (95% ДИ) 16,3–24,8) [3]. В клинко-эпидемиологической практике синдром диспепсии целесообразно разграничить на три категории. Категория «необследованная диспепсия» (НД)

соответствует симптоматической популяционной категории для лиц, не проходивших целенаправленного инструментального обследования, и чаще всего используется в популяционных опросах; о функциональной диспепсии (ФД) идет речь при отсутствии структурного, системного или метаболического заболевания, являющегося причиной имеющейся симптоматики; вторичная (органическая) диспепсия (ВД) характерна для случаев, при которых идентифицирована конкретная причина клинических симптомов – язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), злокачественные новообразования пищевода и желудка, заболевания билиарной системы и поджелудочной железы, пищевая и лекарственная непереносимость, инфекционные и системные заболевания [4].

Публикация Римских диагностических критериев V (2026) подтвердила преобладание базовых положений классификации функциональной диспепсии по отношению к редакции критериев IV с уточнениями в методологии диагностики и акцентами

Таблица 1. Преимущество и уточнения критериев функциональной диспепсии в редакциях Рим III, Рим IV и Рим V

Параметр	Рим III (2006)	Рим IV (2016)	Рим V (2026)
Концептуальная основа	Функциональные расстройства ЖКТ	РВКГМ	РВКГМ, уточнение концепции
Подтипы ФД	ПДС, ЭБС, возможен перекрест	ПДС, ЭБС, синдром перекреста	ПДС, ЭБС, синдром перекреста
Длительность симптомов	≥ 3 месяцев, начало ≥ 6 месяцев	≥ 3 месяцев, начало ≥ 6 месяцев	≥ 3 месяцев, начало ≥ 6 месяцев
Частотный порог для ПДС	Несколько раз в неделю	≥ 3 дней в неделю	≥ 2 дней в неделю
Частотный порог для ЭБС	≥ 1 раза в неделю	≥ 1 дня в неделю	≥ 1 дня в неделю
Критерий «беспокоящий»	Присутствует	Уточнен и формализован	Сохранен
Тревожные симптомы	Перечислены	Систематизированы	Уточнены с учетом клинических алгоритмов

Примечание. ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; РВКГМ – расстройства взаимодействия кишечника и головного мозга; ФД – функциональная диспепсия; ПДС – постпрандиальный дистресс-синдром; ЭБС – эпигастральный болевой синдром.

Таблица 2. Основные положения 2-го Азиатского консенсуса по функциональной диспепсии (2025)

Направление	Основные положения
Определение и диагностика	Сохранение концепции ПДС, ЭБС и синдрома перекреста; подтверждение подхода «симптоматический диагноз плюс исключение органической патологии»; формализация роли ЭГДС в азиатской клинической практике
Эпидемиология	Значительная межстрановая вариабельность в Азии, связанная с различиями в критериях, методах сбора данных и особенностях выборов; высокая частота синдрома перекреста функциональной диспепсии с другими РВКГМ, ГЭРБ, тревогой, депрессией и нарушениями сна
Патофизиология	Роль дуоденальной эозинофилии и слабовыраженного воспаления слизистой двенадцатиперстной кишки, преимущественно при ПДС; значение оси «кишечник – мозг»; вклад нарушений желудочной аккомодации, эвакуации, висцеральной гиперчувствительности; признание постинфекционной функциональной диспепсии, включая последствия перенесенной инфекции SARS-CoV-2
Лечение	Стратификация терапии по подтипам: (ингибиторы протонной помпы при ЭБС; прокинетики при ПДС; нейромодуляторы при рефрактерных формах; эрадикация <i>H. pylori</i> как обязательный элемент ведения пациентов с соответствующим инфекционным статусом

на расстройства взаимодействия кишечника и головного мозга (РВКГМ) [5]. Согласно актуальным критериям, для функциональной диспепсии характерны следующие симптомы: чувство переполнения желудка после еды; раннее насыщение, несвойственное для привычного объема пищи; боль в эпигастральной области; жжение в эпигастральной области при отсутствии признаков структурного, системного или метаболического заболевания, являющегося причиной перечисленных симптомов. Симптомы должны сохраняться в течение последних трех месяцев при их начале не менее чем за шесть месяцев до установления диагноза, а клиническая картина – соответствовать одному из двух подтипов либо их сочетанию [1]. Постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) определяется наличием клинически значимого ощущения переполнения и/или раннего насыщения после еды, возникающих не реже двух дней в неделю при употреблении привычного объема пищи. Эпигастральный болевой синдром (ЭБС) характеризуется рецидивирующей болью и/или ощущением жжения в эпигастральной области с частотой не менее одного эпизода в неделю без распространения на другие отделы живота. Клинические проявления ПДС и ЭБС не являются взаимоисключающими и могут присутствовать у одного пациента, формируя синдром перекреста [5, 6].

Поскольку популяционные исследования с применением Римских критериев V пока отсутствуют,

количественные оценки распространенности в настоящем обзоре основаны на критериях Рим III–IV; критерии Рим V используются для актуализации диагностической рамки.

В консенсусе Маастрихт VI (2022) и клинических рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) у взрослых (2022) сформулирован единый подход: для постановки достоверного диагноза функциональной диспепсии требуется предварительное исключение гастрита, ассоциированного с инфекцией *H. pylori*. У пациентов с необследованной диспепсией при положительном результате тестирования на *H. pylori* рекомендуется эрадикационная терапия. В случае сохранения или рецидива симптомов диспепсии после успешной эрадикации устанавливается диагноз ФД [7, 8].

В Итальянском консенсусе (2025) отмечено отсутствие стандартизированного подхода к диагностике функциональной диспепсии. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией рассматривается как обязательный диагностический этап у пациентов в возрасте 45 лет и старше при наличии тревожных симптомов и/или при рефрактерности к проводимому лечению. Тестирование на *H. pylori* позиционируется как неотъемлемый компонент обследования в рамках стратегии test-and-treat [9]. По результатам 2-го Азиатского консенсуса по функциональной диспепсии (2025) сформулированы 32 положения, сгруппированные по четырем направлениям: опре-

деление и диагностика, эпидемиология, патофизиология, лечение [10]. Основные положения, существенные для эпидемиологического контекста, представлены в табл. 2.

По Римским критериям IV, глобальная распространенность ФД оценивается в 7,2% (95% ДИ 7,0–7,4) среди взрослого населения, с более высокими показателями в ряде западных стран [11]. Обобщение данных 67 исследований показало, что даже при использовании единых критериев распространенность диспепсии существенно варьирует между странами, предположительно, под влиянием факторов окружающей среды, культуры, этнической принадлежности, диеты и генетики [12].

Цель представленного обзора – обобщить мировые данные о распространенности необследованной, функциональной и вторичной диспепсии; провести методологическое сопоставление по странам; проанализировать влияние интенсивности диагностического поиска на видимое соотношение функциональной и органической форм диспепсии; представить российские данные в систематическом виде и сформулировать приоритетные направления отечественных исследований.

Материал и методы

Поиск анализируемых источников для обзора литературы проводили в базах PubMed/MEDLINE, Embase, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, eLIBRARY.RU, «КиберЛенинка» и Google Scholar за период 2000–2026 гг. с использованием следующих ключевых слов и словосочетаний: dyspepsia, functional dyspepsia, uninvestigated dyspepsia, organic dyspepsia, epidemiology, prevalence, Rome III, Rome IV, Rome V, *Helicobacter pylori* и их русскоязычных эквивалентов.

В обзор включали оригинальные популяционные исследования с оценкой распространенности любой формы диспепсии в репрезентативной выборке; систематические обзоры и метаанализы, выполненные по стандартам PRISMA [13]; согласительные документы (Римские критерии III–V, Маастрихт V–VI, Киотский консенсус, 2-й Азиатский консенсус, Итальянский консенсус, рекомендации РГА); работы с использованием валидированных диагностических опросников. Из анализа исключали клинические случаи, публикации без указания диагностических критериев, а также узкопрофильные нерепрезентативные выборки вне контекста анализа факторов риска. Дополнительно для характеристики структуры функциональной и органической диспепсии включали клинические, регистровые и эндоскопические исследования, но их результаты не интерпретировали как показатели популяционной распространенности.

В каждом включенном в обзор исследовании анализировали страну, год, размер выборки, возрастной диапазон, версию примененных Римских критериев, способ сбора данных, факт проведения ЭГДС и тестирования на *H. pylori*, отдельные показатели

распространенности трех форм синдрома диспепсии (при доступности), распределение подтипов функциональной диспепсии. Для ориентировочной характеристики методологического качества включенных работ использовали рекомендации Joanna Briggs Institute для исследований распространенности [14], формальную балльную оценку в рамках нарративного формата не проводили. При количественном представлении данных использовали показатели, приведенные в оригинальных публикациях и метаанализах. Самостоятельный расчет обобщенных статистических показателей (средних значений, стандартных отклонений, коэффициентов вариации) не выполняли; межстрановая вариабельность характеризовалась диапазонами и качественными оценками на основании результатов цитируемых метаанализов.

Методологическое сопоставление исследований по странам

Сводные количественные и методологические характеристики включенных в анализ исследований представлены в табл. 3 и 4 [15–36].

В ряде включенных исследований (преимущественно онлайн-опросах и очных опросах без ЭГДС и тестирования на *H. pylori*) полученные по симптом-ориентированным критериям Рим IV оценки отнесены авторами первоисточников к категории «функциональная диспепсия» или «симптом-ориентированная функциональная диспепсия» и приведены в соответствующей колонке. При строгой методологической интерпретации отсутствие инструментального исключения органической патологии соответствует определению НД; присвоение таким случаям статуса ФД основано на допущении о низкой фоновой распространенности значимой органической патологии в общей популяции и, таким образом, представляет собой популяционную аппроксимацию, а не верифицированный диагноз ФД. В таблице сохранена авторская терминология первоисточников; при прямом сопоставлении этих данных с показателями исследований с обязательной эндоскопической верификацией требуется соответствующая методологическая поправка.

Качественная оценка межстрановой вариабельности

В популяционных исследованиях, выполненных по Римским критериям IV без обязательной ЭГДС, распространенность функциональной диспепсии варьировала от 5,5 до 18,3%, что указывает на существенную межстрановую гетерогенность при использовании единых критериев. В работах с обязательной эндоскопической верификацией показатели распространенности находились в более низком диапазоне, что отражает эффект инструментального исключения органической патологии.

Версия Римских критериев вносит существенный вклад в наблюдаемую вариабельность. По данным метаанализа Н. Ford и соавт. (2015), распространен-

Таблица 3. Метаанализы распространенности синдрома диспепсии и связанных с ней состояний

Исследование	n	Критерии	Основные результаты
A.C. Ford и соавт., 2015 [3]	312 415	Симптоматические (Рим I–III)	Необследованная диспепсия: 20,4% (95% ДИ 16,3–24,8) Связь с <i>H. pylori</i> : ОШ 1,18 (95% ДИ 1,04–1,33); атрибутивная фракция ≈ 5% Курение: ОШ 1,25 НПВП: ОШ 1,59
B. Barberio и соавт., 2020 [15]	> 300 000	Рим IV	Необследованная диспепсия: 8,4% (95% ДИ 6,8–10,2)
Y. Li и соавт., 2023 [16]	Объединенные данные популяционных когорт	Диагностические тесты на <i>H. pylori</i>	Распространенность <i>H. pylori</i> : в странах с низким и средним доходом – 50,8% (95% ДИ 46,8–54,7); в странах с высоким доходом – 34,7% (95% ДИ 30,2–39,3)
S. Nasser-Moghaddam и соавт., 2023 [17]	41 763	Эндоскопические находки	ЭГДС-когорты: эрозивный эзофагит – 11,0% (95% ДИ 8,9–13,2); язвенная болезнь – 4,4% (95% ДИ 2,5–6,7); злокачественные новообразования – > 0,4%
S.M. Abdu и соавт., 2025 [18]	Объединенные данные клинических когорт Африки	Эндоскопические находки	Африка, ЭГДС-когорты: диспепсия – наиболее частое показание к ЭГДС (52,4%); гастрит – 33,3%; язвенная болезнь – 15,1%; рак пищевода – 10% (Восточная/Южная Африка)
S. Futagami и соавт., 2015 [19]	9 517	Рим II/III	Средняя распространенность постинфекционной ФД – 9,55%

Примечание. Здесь и в табл. 4: ФД – функциональная диспепсия; СОФД – симптом-ориентированная функциональная диспепсия; ДИ – доверительный интервал; ОШ – отношение шансов; ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия; ВД – вторичная диспепсия; НД – необследованная диспепсия; УДТ – уреазный дыхательный тест; ПДС – постпрандиальный дистресс-синдром; ЭБС – эпигастральный болевой синдром; РВКГМ – расстройство взаимодействия кишечника и головного мозга; СРК – синдром раздраженного кишечника; ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты; FSSG – Frequency Scale for Symptoms of GERD.

Таблица 4. Региональные исследования синдрома диспепсии

Страна / регион	n	Критерии	Способ сбора	ЭГДС	Тест на <i>H. pylori</i>	НД, %	ФД/СОФД, %	ВД, %	ТИ	Источник
США	≈ 2 000	Рим IV	Онлайн	Нет	Нет	–	12,0	–	П	[20]
Канада	≈ 1 800	Рим IV	Онлайн	Нет	Нет	–	8,0	–	П	[20]
Великобритания	≈ 2 000	Рим IV	Онлайн	Нет	Нет	–	8,0	–	П	[20]
Бельгия	586 164	Диагноз МКБ	Регистр Intego	Выборочно	Выборочно	–	1,03–1,21	18,8 % (выявленных ГЭРБ)	Р	[21]
Гибралтар	≈ 2 000	Рим IV	Онлайн	Нет	Нет	–	9,9	–	П	[22]
Болгария	1 896	Рим IV	Онлайн	Нет	Нет	–	12,7	–	П	[23]
Польша	2 070	Рим IV	Очный	Да	Выборочно	–	8,9	3,1	П	[24]
Италия	1 033	Рим III	Очный	Да	Да	–	≈ 11	4,1	П	[25]
Япония	205	Рим III/IV	Очный	Да	Да	–	54,1 (среди диспепсии)	–	К	[26]
Саудовская Аравия	≈ 2 000	Рим IV	Онлайн	Нет	Нет	–	18,3	–	П	[27]
Китай (группа риска)	2 916	Рим III	Очный	Да	Да	–	5,11	10,2 (среди диспепсии)	П	[28]
Китай (студенты)	2 025	Рим IV	Очный/онлайн	Нет	Нет	–	5,5	–	П-сп	[29]
Индия	3 739	Любая форма диспепсии	Очный	Выборочно	Выборочно	–	78,5 (среди диспепсии)	21,5 (среди диспепсии)	К	[30]
Пакистан	860	Рим III	Очный	Нет	Нет	–	70,2 (среди РВКГМ)	–	К	[31]
Израиль	2 012	Рим IV	Онлайн	Нет	Нет	–	6,5	–	П	[32]
Бангладеш	3 351	Рим III/IV	Очный	Выборочно (n = 346)	Да	16,3	–	32,95 (язв среди ЭГДС)	П	[33]
Южная Корея	667	Рим IV	Очный	Да	Да	–	19,2 (перекрест ФД + СРК)	–	К	[34]
Нигерия (подростки)	696	Рим IV	Очный	Нет	Нет	–	9,4	–	П-сп	[35]
Латинская Америка	≈ 8 000	Рим IV	Онлайн	Нет	Нет	–	11,9	–	П	[36]

Примечание. Тип исследования (ТИ): П – популяционное (репрезентативная выборка общего населения); П-сп – популяционное в специальной субпопуляции (студенты, школьники), результаты не переносятся на общую популяцию; К – клиническое (выборка пациентов, обратившихся за медицинской помощью), показатели отражают структуру клинической когорты, но не популяционную распространенность; Р – регистровое (данные административного регистра первичной помощи), показатели отражают зафиксированные диагнозы, а не истинную распространенность. Прямое сопоставление показателей между типами исследований некорректно и требует методологической поправки.

ность необследованной диспепсии по критериям Рим I–III составляет около 20,4%, тогда как, по данным метаанализа В. Barberio и соавт. (2020), по критериям Рим IV этот показатель оценивается в 8,4% (95% ДИ 6,8–10,2) [3, 15]. Выраженное различие связано с ужесточением частотных порогов в Рим IV, в связи с чем требуется учет редакции критериев при межисследовательских сравнениях.

Сопоставление результатов метаанализов [3, 15] и индивидуальных популяционных исследований позволяет выделить несколько методологических факторов, вносящих существенный вклад в наблюдаемую межстрановую вариабельность: версию применяемых Римских критериев; доступность ЭГДС и тестирования на *H. pylori*; способ сбора данных (онлайн-опрос, очное интервью, комбинированный подход); кросс-культурную адаптацию опросников. Для формального количественного разложения вкладов этих факторов необходим метаанализ с индивидуальными данными участников, что выходит за рамки настоящего обзора. Имеющиеся данные позволяют предполагать существенный вклад методологических факторов в формирование наблюдаемой гетерогенности, поэтому прямое межстрановое сравнение показателей распространенности без учета различий в методологии следует интерпретировать с осторожностью.

Распространенность синдрома диспепсии по регионам Северной Америки и Великобритании

В кросс-секционном популяционном исследовании I. Aziz и соавт. (2018) с использованием Римских критериев IV распространенность симптом-ориентированной функциональной диспепсии составила: 12% – в США, по 8% – в Канаде и Великобритании. В структуре подтипов преобладал постпрандиальный дистресс-синдром – 61%, доля эпигастрального болевого синдрома составила 18%, синдрома перекреста – 21% [20].

Распространенность синдрома диспепсии в Европе

В Бельгии, по данным регистра первичной помощи Intego (n = 586 164), распространенность функциональной диспепсии за 11 лет варьировала от 1,03 до 1,21%; у 18,8% пациентов была выявлена ГЭРБ [21]. В Гибралтаре интернет-опрос показал распространенность функциональной диспепсии 9,9%, при этом 96,9% случаев оставались недиагностированными [22]. В Болгарии (n = 1 896) распространенность функциональной диспепсии по критериям Рим IV составила 12,7%; распределение подтипов: ПДС – 39%, ЭБС – 33%, синдром перекреста – 28% [23]. В польской когорте (n = 2 070) распространенность функциональной диспепсии снизилась с 12,0 до 8,9% после эндоскопической оценки [24].

Итальянское исследование R.M. Zagari и соавт. (2010) сочетало валидированный опросник, ЭГДС и ¹³C-уреазный дыхательный тест у 1 033 участников при частоте отклика 67,4%. Распространенность функциональной диспепсии составила около 11%,

и благодаря использованию комплексного методологического протокола это исследование является одним из наиболее строгих популяционных исследований синдрома диспепсии [25].

Распространенность синдрома диспепсии в Азии

В Японии сопоставление Римских критериев III и IV у 205 пациентов показало, что по критериям Рим III доли подтипов составляли: 19% – для ЭБС, 38% – для ПДС и 43% – для синдрома перекреста; при переходе к критериям Рим IV уменьшалась доля синдрома перекреста и увеличивалась доля ПДС [26]. По данным G. Zacharakis и соавт. (2020), в Саудовской Аравии 18,3% взрослых, при ПДС – 7,4% и ЭБС – 8,1% как изолированных подтипов, без их сочетания, соответствовали критериям функциональной диспепсии по критериям Рим IV [27]. В китайском исследовании в районе с высокой заболеваемостью плоскоклеточным раком пищевода (n = 2 916) распространенность функциональной диспепсии составила 5,11%; среди 166 пациентов с неуточненной диспепсией органические причины были выявлены в 17 (10,2%) случаях [28]. В выборке китайских студентов колледжей (n = 2 025) распространенность функциональной диспепсии по критериям Рим IV составила 5,5% с преобладанием ПДС (66,1%); значимыми факторами риска выступали курение, депрессия и бессонница [29].

В Индии многоцентровое обсервационное исследование (n = 3 739) показало в клинической когорте пациентов с диспепсией соотношение функциональной и органической ее форм 78,5 против 21,5% (p < 0,001) [30]. В Пакистане (n = 860) функциональная диспепсия оказалась наиболее распространенным функциональным расстройством ЖКТ – 70,2% среди пациентов с РВКГМ [31]. Израильское исследование Римского фонда (n = 2 012) выявило гастродуоденальные расстройства у 6,5% респондентов [32]. Иранский метаанализ эндоскопических находок (15 исследований, n = 41 763) показал, что эрозивный эзофагит выявляется у 11,0% (95% ДИ 8,9–13,2), язвенная болезнь – у 4,4% (95% ДИ 2,5–6,7), злокачественные новообразования – менее чем у 0,4%; около 84% ЭГДС не выявляли патологических изменений. Единственной эндоскопической находкой, достоверно чаще встречавшейся у пациентов с диспепсией, была язвенная болезнь (отношение шансов (ОШ) 1,61; 95% ДИ 1,08–2,39) [17]. В бангладешском популяционно-эндоскопическом исследовании М.М. Rahman и соавт. (2021) необследованная диспепсия выявлена у 16,3% из 3 351 респондента; у 32,95% из 346 эндоскопированных были диагностированы пептические язвы, а у 78% лиц с диспепсией – инфекция *H. pylori* [33]. В Южной Корее проспективное многоцентровое исследование (n = 667) зафиксировало синдром перекреста функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника (СРК) у 19,2% пациентов с более высокими показателями тревоги и депрессии по шкале HADS [34].

Распространенность синдрома диспепсии в Африке

Систематический обзор S.M. Abdu и соавт. (2025) по эндоскопическим находкам в Африке показал, что диспепсия служит наиболее частым показателем к ЭГДС (52,4%); среди находок доминируют гастрит (33,3%) и язвенная болезнь (15,1%). Рак пищевода относительно чаще выявляется в Восточной (10%) и Южной (10%) Африке, ГЭРБ – в Северной Африке (18%) [18]. Среди подростков в Лагосе (Нигерия, $n = 696$) функциональные расстройства ЖКТ были диагностированы у 31,8%, функциональная диспепсия – у 9,4% обследованных [35].

Распространенность синдрома диспепсии в Латинской Америке

В исследованиях Римского фонда в Аргентине, Бразилии, Колумбии и Мексике общая распространенность РВКГМ с выраженными межстрановыми различиями по подтипам составила 40,3%, гастродуodenальных расстройств – 11,9% [36].

Распространенность синдрома диспепсии в России

В отечественной литературе вопросы эпидемиологии синдрома диспепсии представлены как количественными популяционными исследованиями в отдельных регионах, так и аналитическими публикациями с описанием особенностей диагностической практики и клинических подходов. Важно отметить, что в работах 2006–2021 гг. для обозначения рассматриваемой категории преимущественно использовали термин «неисследованная диспепсия», тогда как в современной международной и русскоязычной литературе предпочтительным считается термин «необследованная диспепсия» (англ. *uninvestigated dyspepsia*) [37–41].

И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый и Д.Н. Андреев (2015) указывают, что в Российской Федерации диагноз функциональной диспепсии ставится редко, несмотря на высокую распространенность соответствующих симптомов. По оценке авторов, около 5% пациентов получают квалифицированную медицинскую помощь по поводу ФД, а в официальной статистике Минздрава России этот диагноз практически не фигурирует. В клинической практике случаи функциональной диспепсии, как правило, кодируются как «хронический гастрит», несмотря на то что, по современным представлениям, прямой причинной связи между морфологически верифицированным гастритом и диспепсической симптоматикой нет: частота хронического гастрита в популяции достигает 80%, но заболевание преимущественно протекает бессимптомно. Авторы также обращают внимание на ограниченную представленность темы функциональной диспепсии в программах додипломной и последипломной подготовки [42]. Количественные популяционные оценки были получены в нескольких российских регионах. В работе С.А. Курилович и соавт. (2006), охватившей несколько популяций Сибири (общее число участ-

ников – 1 022 взрослых и 596 детей и подростков), распространенность синдрома диспепсии у жителей Новосибирска составила 26% в возрастной группе 25–64 года и 22% – в группе 45–69 лет; у коренных сельских жителей Якутии того же возраста – 30,8%; среди подростков 14–17 лет – 20–25%. У жителей Якутии с диспепсией регистрировали симптомы ГЭРБ значительно чаще (54,4 против 20,3%, $p < 0,001$), однако частота кислой изжоги и отрыжки была ниже, чем у жителей Новосибирска. Инфицированность *H. pylori* достигала в среднем 88,4% и была сопоставимой среди жителей Тывы, Чукотки, Якутии и Ханты-Мансийска. Инфицирование начиналось в раннем детском возрасте: 33,3% к 10 годам и 54,5% к 16 годам. У инфицированных матерей дети инфицированы в 57% случаев против 17% при неинфицированных матерях (ОШ 5,96; $p = 0,0001$); инфицированность отцов значимой роли не играла [37]. В исследовании О.В. Третьяковой и соавт. (2012) в Красноярске ($n = 801$, возраст старше 45 лет) неисследованную диспепсию (в авторской терминологии) выявляли у 24,8%, атрофический гастрит – у 10,9%; *H. pylori* была обнаружена у 95,9% пациентов с диспепсией и у 88,1% лиц без диспепсии ($p = 0,002$) [38].

Работа В.В. Цуканова, А.В. Васютина и Ю.Л. Тонких (2020), выполненная в сельской местности Республики Хакасия по Римским критериям IV с охватом скрининга 93,4%, представляет методологически детальное отечественное исследование последних лет. Среди 2 080 некоренных жителей (преимущественно европеоиды) необследованная диспепсия была выявлена у 24,6%; среди 2 117 коренных жителей (хакасы) – у 19,2% (ОШ 1,37; 95% ДИ 1,18–1,59; $p < 0,001$). Возраст старше 50 лет выступал независимым фактором риска в обеих популяциях. *H. pylori* у европеоидов с диспепсией выявляли в 91,8% случаев против 84,1% у лиц без диспепсии (ОШ 2,07; 95% ДИ 1,14–3,78; $p = 0,02$); у хакасов – 90,3 против 82,0% (ОШ 1,99; 95% ДИ 1,07–3,69; $p = 0,03$). Курение 20 и более сигарет в день на протяжении более 10 лет было ассоциировано с повышением распространенности диспепсии с 21,4 до 29,9% у европеоидов. В обеих популяциях диспепсия была тесно связана с органическими заболеваниями желудка, патологией желчного пузыря, перенесенным острым вирусным гепатитом и гельминтозами в анамнезе. Гендерные закономерности различались между этносами: у европеоидов ПДС чаще регистрировался у женщин, у хакасов подобной закономерности не было; ЭБС в обеих популяциях чаще встречался у мужчин. Авторы ссылаются на отечественный алгоритм ведения пациентов с симптомами диспепсии на этапе первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздрава России № 17-9/9414 от 18.01.2019 г. [39]. В иркутском исследовании В.В. Цуканова и соавт. (2021) в выборке из 1 529 человек неисследованная диспепсия (в авторской

Таблица 5. Распространенность необследованной диспепсии в российских популяционных исследованиях

Регион / популяция	n	Критерии / инструмент	Распространенность, %	Источник
Красноярск (старше 45 лет)	801	Симптоматические + гастропанель	24,8	[38]
Якутия (коренные, 45–69 лет)	Часть 1 022	Симптоматические / Рим II	30,8	[37]
Новосибирск (европеоиды, 45–69 лет)	Часть 1 022	Симптоматические / Рим II	22,0	[37]
Иркутск	1 529	Рим IV	19,1	[40]
Хакасия, европеоиды	2 080	Рим IV	24,6	[39]
Хакасия, хакасы	2 117	Рим IV	19,2	[39]
Екатеринбург / Урал	866	FSSG	23,4	[41]

Примечание. FSSG – Frequency Scale for Symptoms of GERD. В таблице сохранены авторские оценки исследователей; в оригиналах ссылок [37–41] категория обозначается как «неисследованная диспепсия».

Диапазон оценок распространенности необследованной диспепсии в российских исследованиях (19,1–30,8%) согласуется с глобальным значением Ford и соавт. (20,4%; 95% ДИ 16,3–24,8) [3], что указывает на сопоставимость российских популяций с мировыми паттернами на уровне симптоматического ядра синдрома диспепсии, несмотря на выраженную региональную и этническую неоднородность. Репрезентативных популяционных исследований по Римским критериям IV или V в крупных мегаполисах Европейской части России, прежде всего в Москве и Санкт-Петербурге, в доступной литературе не обнаружено.

терминологии) отмечена у 19,1%, СПК – у 12,3%, синдром перекреста обоих состояний – у 5,8% [40]. М.В. Чикунова и И.Б. Хлынов (2014) в уральской выборке из 866 человек в возрасте 18–79 лет оценивали распространенность симптомов диспепсии с помощью опросника Frequency Scale for Symptoms of GERD (FSSG). Симптомы с частотой «часто» или «постоянно» регистрировали у 23,4% (203 человека). Показатель занимал промежуточное положение между показателями Японии (10%) и Республики Корея (15,5%), с одной стороны, и Турции (28,4%) и Индии (30,4%) – с другой, приближаясь к европейскому диапазону 20–25%. Гендерных различий в общей распространенности не выявлено; частота симптомов была достоверно выше в возрастной группе 40–79 лет ($p < 0,05$) [41]. Обобщение опубликованных российских оценок необследованной / неисследованной диспепсии представлено в табл. 5.

Патогенетические механизмы и факторы риска в эпидемиологическом контексте

Патогенез функциональной диспепсии рассматривается как результат взаимодействия моторных, сенсорных, секреторных, иммуновоспалительных, морфологических и психосоциальных механизмов. К значимым патогенетическим звеньям относят нарушение желудочной аккомодации, замедление эвакуации содержимого желудка, висцеральную гиперчувствительность, особенности секреции соляной кислоты, перенесенные инфекции ЖКТ, генетическую предрасположенность, психологические и социальные детерминанты, поведенческие факторы (употребление алкоголя, курение), а также структурно-морфологические особенности желудка [43, 44]. Гетерогенность этих механизмов определяет как клиническую неоднородность функциональной диспепсии, так и ее эпидемиологическое распределение в разных популяциях.

Во 2-м Азиатском консенсусе по функциональной диспепсии (2025) отдельно отмечена роль дуоденальной эозинофилии и слабовыраженно-

го воспаления слизистой двенадцатиперстной кишки, преимущественно ассоциированных с постпрандиальным дистресс-синдромом [10]. Следовательно, воспаление низких градаций в двенадцатиперстной кишке может служить одним из морфологических субстратов ФД и объяснять клиническую неоднородность заболевания.

Постинфекционная функциональная диспепсия

Постинфекционная ФД имеет наиболее обширную доказательную базу среди подтипов заболевания. Систематический обзор 19 исследований ($n = 9\,517$ пациентов, перенесших острый гастроэнтерит) показал, что средняя распространенность ФД после острого гастроэнтерита составляет 9,55%. В качестве инфекционных агентов, ассоциированных с этим подтипом, идентифицированы *Salmonella* spp., *Escherichia coli* O157, *Campylobacter jejuni*, *Giardia lamblia* и норовирус [19].

Три когортных исследования формируют количественную основу современных представлений о постинфекционной функциональной диспепсии. В Испании после вспышки *Salmonella enteritidis* в проспективное исследование были включены 677 экспонированных и 1201 участник контрольной группы; через один год относительный риск развития диспепсии составил 5,2 (95% ДИ 2,7–9,8), причем диспепсия развилась у каждого седьмого экспонированного участника [45]. В Норвегии после вспышки *Giardia lamblia* в Бергене в 2004 г. через три года распространенность функциональной диспепсии среди экспонированных составила 25,9 против 6,9% в контрольной группе (скорректированный ОШ 3,9; 95% ДИ 3,1–4,8) [46]. В американском исследовании Porter и соавт. среди военнослужащих ($n = 31\,866$ случаев функциональных расстройств ЖКТ) отношение шансов развития диспепсии после инфекционного гастроэнтерита составило 6,28 [47].

Согласно 2-му Азиатскому консенсусу, необходимо проведение дополнительных проспективных исследований постинфекционной функциональной диспепсии в контексте перенесенной инфекции

Таблица 6. Количественные оценки основных факторов риска функциональной диспепсии

Фактор риска	Количественная оценка	Источник
Женский пол	Преобладание в глобальных данных, этноспецифичные паттерны	[3, 11, 39]
Возраст старше 50 лет	Независимый фактор риска (подтвержден в обеих этнических группах Хакасии)	[39]
Инфекция <i>H. pylori</i>	ОШ 1,18 (95% ДИ 1,04–1,33) глобально; ОШ 1,99–2,07 в Хакасии	[3, 39]
Курение ≥ 20 сигарет/день	ОШ ПДС 2,16 (95% ДИ 1,38–3,38)	[49]
Тревога	ОШ новой ФД 7,61; ПДС 8,12	[50]
Перенесенный острый гастроэнтерит	Средняя распространенность постинфекционной ФД 9,55%	[19]
Перенесенная инфекция <i>Giardia lamblia</i>	Распространенность ФД 25,9% через три года	[46]
Перенесенный острый вирусный гепатит	Значимая ассоциация в обеих этнических группах	[39]
Гельминтозы в анамнезе	Значимая ассоциация	[39]
Социальный стресс	$p < 0,00001$ у взрослых	[37]

Примечание. ФД – функциональная диспепсия; ПДС – постприандиальный дистресс-синдром.

SARS-CoV-2 [10]. Обзор Ford и соавт. (2020) отмечает, что описанные случаи постинфекционной функциональной диспепсии встречаются преимущественно в странах с умеренным климатом [48].

Курение, диета и психоэмоциональные факторы

В отношении курения наиболее убедительные данные представлены в объединенном анализе индивидуальных данных трех популяционных исследований, проведенных в Швеции ($n = 2560$). Курение было статистически достоверно ассоциировано с постприандиальным дистресс-синдромом с дозозависимым эффектом: при потреблении 10–19 сигарет в день ОШ составило 1,42 (95% ДИ 1,04–1,98), при потреблении ≥ 20 сигарет в день – 2,16 (95% ДИ 1,38–3,38) [49]. Аналогичная тенденция выявлена в российских данных: в Хакасии у европеоидов, выкуривающих 20 и более сигарет в день на протяжении более 10 лет, распространенность диспепсии составляла 29,9 против 21,4% у некурящих [39]. В сибирских исследованиях показана тесная связь диспепсии у подростков и взрослых с нерегулярным режимом питания ($p < 0,001$) [37].

Роль психоэмоциональных факторов продемонстрирована в 10-летнем проспективном исследовании шведской популяции ($n = 887$). Выраженная тревога на исходном уровне ассоциировалась с существенным повышением риска развития новой функциональной диспепсии (ОШ 7,61; 99% ДИ 1,21–47,73). При анализе подтипов связь с постприандиальным дистресс-синдромом оказалась особенно выраженной (ОШ 8,12; 99% ДИ 2,13–30,85), тогда как с эпигастральным болевым синдромом статистически значимой ассоциации не выявлено. Депрессия значимой предикторной роли не продемонстрировала. Специфичность ассоциации подчеркивалась тем, что тревога не повышала риск ГЭРБ [50]. В российских исследованиях наиболее тесная связь диспепсии у взрослых выявлена с уровнем социального стресса ($p < 0,00001$) [37].

Обобщение факторов риска

Систематизация количественных данных по факторам риска функциональной диспепсии представлена в табл. 6.

Helicobacter pylori в эпидемиологии синдрома диспепсии

Связь *H. pylori* с диспепсией характеризуется как умеренная, но статистически значимая на популяционном уровне. По данным метаанализа Ford и соавт. (2015), у *H. pylori*-позитивных лиц шансы наличия диспепсии выше на 18% (ОШ 1,18; 95% ДИ 1,04–1,33), а приблизительно 5% всех случаев диспепсии в общей популяции могут быть атрибутивно связаны с этой инфекцией [3]. Величина ассоциации сопоставима с влиянием курения (ОШ 1,25) и уступает применению НПВП (ОШ 1,59). В рандомизированных контролируемых исследованиях стратегии test-and-treat доля *H. pylori*-позитивных пациентов с необследованной диспепсией в западных странах составляет 20–30%, в развивающихся странах этот показатель заметно выше.

Нозологическая интерпретация

Киотский консенсус (2015) предложил рассматривать *H. pylori*-ассоциированную диспепсию как самостоятельную клиническую категорию, отличную от функциональной диспепсии [51]. При положительном статусе *H. pylori* первоначальная диагностическая гипотеза смещается от функциональной формы к *H. pylori*-ассоциированной, с рекомендацией эрадикационной терапии в качестве первого шага. Диагноз функциональной диспепсии устанавливается при сохранении или рецидиве симптомов после успешной эрадикации. Рекомендации Маастрихт VI (2022) сохраняют эту логику, позиционируя стратегию test-and-treat как приоритетную при необследованной диспепсии в регионах с умеренной и высокой распространенностью инфекции [7]. Клинические рекомендации РГА (2022) следуют аналогичному подходу [8].

2-й Азиатский консенсус (2025) дополнительно отмечает, что в странах с высокой распростра-

ненностью *H. pylori* доля ассоциированных с ней случаев в структуре диспепсии может быть существенно выше, чем в западных. Авторы рекомендуют учитывать региональную эпидемиологию при планировании диагностических алгоритмов [10]. В России инфицированность *H. pylori* у пациентов с диспепсией составляет 90–96% [37–39], что соответствует высокой фоновой распространенности инфекции на момент проведения исследований.

Глобальная распространенность *H. pylori* и ее влияние на эпидемиологию синдрома диспепсии

Распространенность *H. pylori* в мире демонстрирует обратную зависимость от уровня экономического развития страны и степени охвата населения медицинской помощью. В странах с низким и средним уровнем дохода она составляет 50,8% (95% ДИ 46,8–54,7), в странах с высоким уровнем дохода – 34,7% (95% ДИ 30,2–39,3). При высоком индексе всеобщего охвата услугами здравоохранения (> 80 баллов) (Universal Health Coverage, UHC) распространенность инфекции составляет 44,9% (95% ДИ 42,2–47,5), при низком (20–60 баллов) – 59,8% (95% ДИ 50,1–69,6). Снижение распространенности инфекции за последние десятилетия было более выраженным в странах с высоким уровнем дохода и высоким индексом UHC [16].

В локальных эпидемиологических исследованиях вклад *H. pylori* оценивается по-разному. В Эфиопии распространенность инфекции среди пациентов с диспепсией достигала 34%; основными факторами риска выступали скученность проживания и отсутствие надлежащих санитарных условий [52]. В обзоре Ford и соавт. (2020) подтверждается, что клиническая интерпретация положительного статуса *H. pylori* у пациента с диспепсией требует учета региональной распространенности инфекции, фоновых показателей органической патологии и доступности эрадикационной терапии [48].

Высокая частота выявления *H. pylori* у пациентов с диспепсией в российских исследованиях отражает как возможный вклад инфекции, так и высокую фоновую распространенность *H. pylori* в соответствующих популяциях, в связи с чем она не должна напрямую интерпретироваться как причина диспепсии.

Таким образом, значение *H. pylori* в эпидемиологии синдрома диспепсии выходит за рамки простой этиологической ассоциации: инфекция одновременно служит модифицируемым фактором риска, компонентом алгоритма дифференциальной диагностики и индикатором социально-экономического контекста, в котором формируются региональные различия распространенности заболевания.

Ограничения исследования

Настоящая работа представляет собой нарративный обзор литературы и не является формальным систематическим обзором или метаанализом по PRISMA 2020.

Обобщенные статистические показатели (средние значения, стандартные отклонения, коэффициенты вариации) самостоятельно не рассчитывались; межстрановая вариабельность характеризовалась на основании цитируемых метаанализов и диапазонов, приведенных в первоисточниках. Включенные исследования различались по критериям (Рим II–IV, FSSG, клинические определения), возрастным группам и глубине обследования, что ограничивает прямую сопоставимость.

Лечение функциональной диспепсии – поэтапный процесс

Доказательства в поддержку диеты как терапевтической стратегии при ФД невелики, но целесообразно рекомендовать частое питание небольшими порциями и избегать продуктов с высоким содержанием жира. *H. pylori* можно считать причиной симптомов ФД, если эрадикация сопровождается устойчивым улучшением симптомов [1].

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) обычно рекомендуются в качестве терапии первой линии для пациентов с ФД, у которых сохраняются симптомы после эрадикации *H. pylori* или у которых *H. pylori* отсутствует. Рекомендуется стандартная суточная доза ИПП в течение 4–8 недель с прекращением терапии в случае недостаточного улучшения, без стратегии повышения дозы. ИПП более эффективны, чем плацебо, в снижении общих симптомов ФД с показателем NNT 11. Доказательства эффективности ИПП в любой из подгрупп ФД ограничены.

Прокинетики представляют собой гетерогенный класс препаратов, обладающих либо преимущественно противорвотными свойствами, такими как антагонисты дофаминовых рецепторов D2 (D2), либо прокинетическим действием посредством агонизма 5-гидрокситриптамина рецептора 4 (5-HT₄), ингибирования холинэстеразы или других механизмов действия.

Метаанализ продемонстрировал значительный эффект прокинетиков в снижении диспептических симптомов, при этом показатель NNT составил 12, если исключить цизаприд [1].

В консенсусе Рим V выделены два прокинетики – итоприд и акотиамид.

Итоприд, комбинированный антагонист D2 и ингибитор холинэстеразы, показал значительно большее количество ответивших на лечение на основе общей оценки эффективности и шкалы постпрандиального дискомфорта Левена у пациентов с перекрестом ПДС-ЭБС согласно определению Рим III.

Акотиамид, ингибитор холинэстеразы и антагонист пресинаптических мускариновых рецепторов M1 и M2, улучшает желудочную аккомодацию и скорость опорожнения желудка, хорошо переносится и наиболее эффективен при ПДС. В Японии, согласно клиническим рекомендациям Японского общества гастроэнтерологов, акотиамид – единственный прокинетик одобренный для первой линии лечения AL [53].

Многоцентровое исследование, проведенное в России, показало, что на фоне применения акотиа-

мида (Диспевикт®) в течение четырех недель ответ на терапию был отмечен у 143/193 (74,1%) пациентов группы акотиамида по сравнению с 98/189 (51,9%) пациентами группы плацебо ($p < 0,001$). После применения акотиамида отмечено улучшение самочувствия и качества жизни у 172/194 (88,7%) пациентов по сравнению с 131 (69,3%) из 189 пациентов группы плацебо ($p < 0,001$). Частота нежелательных явлений в группе акотиамида не отличалась от группы плацебо [54].

В клинических рекомендациях Минздрава России «Гастрит и дуоденит» отмечено, что акотиамид является обратимым ингибитором ацетилхолинэстеразы и антагонистом пресинаптических мускариновых рецепторов. Прокинетический эффект обеспечивается за счет усиления высвобождения ацетилхолина из пресинаптических окончаний и снижения его расщепления ацетилхолинэстеразой. Эффективность акотиамида в сравнении с плацебо для уменьшения симптомов диспепсии была продемонстрирована в клинических исследованиях и метаанализах, в том числе в исследовании, посвященном сравнению акотиамида и плацебо (шесть рандомизированных контролируемых исследований, включавших 2429 пациентов). Препарат не провоцирует удлинения интервала QT на электрокардиограмме и не вызывает экстрапиримидных расстройств, его безопасность сравнима с плацебо, что подтверждено исследованием с приемом акотиамида более 50 недель и метаанализами. Акотиамид не влияет на результаты ^{13}C -уреазного дыхательного теста у *H. pylori*-позитивных пациентов с функциональной диспепсией [55].

Алгоритм лечения пациентов с ФД предполагает следующий порядок действий:

- рекомендации по питанию и изменению образа жизни с последующим переходом к фармакотерапии;
- выбор препарата первой линии (ИПП, прокинетики или растительные средства с доказанной эффективностью и безопасностью) зависит от клинической практики и доступности лекарств в конкретном регионе;
- если первоначальное лечение не принесло желаемого результата, назначается эндоскопия и другие необходимые исследования (если они не были выполнены ранее);
- в качестве терапии второй линии применяются нейромодуляторы.

Заключение

Проведенное обобщение позволяет сформулировать четыре ключевых вывода, выходящих за рамки

простого перечисления цифровых показателей.

Во-первых, наблюдаемая в мире межстрановая вариативность распространенности синдрома диспепсии (необследованная – от 8,4% по критериям Рим IV до 20,4% по критериям Рим I–III; функциональная – 5,5–18,3% по критериям Рим IV) может объясняться методологическими различиями: версией критериев, способом сбора данных, доступностью ЭГДС и тестирования на *H. pylori* – наряду с реальными биологическими, инфекционными, культурными и социально-экономическими факторами.

Во-вторых, интенсивность диагностического поиска, вероятно, является самостоятельным фактором, определяющим структуру синдрома диспепсии: при отсутствии ЭГДС и тестирования на *H. pylori* часть случаев органической или *H. pylori*-ассоциированной патологии может оставаться в категориях необследованной или симптом-ориентированной функциональной диспепсии. Однако количественная величина этого смещения различается между регионами и пока недостаточно изучена в исследованиях с единым дизайном.

В-третьих, эпидемиологическая картина в России имеет самостоятельные особенности, не воспроизводимые в большинстве западных работ: этнические различия в распространенности и клинической структуре заболевания между европеоидами и коренными народами Сибири; расширенный профиль факторов риска; проблема, связанная с кодированием синдрома диспепсии под шифром «хронический гастрит». Сопоставимость же российских оценок необследованной диспепсии (19,1–30,8%) с глобальным опорным значением А.С. Ford и соавт. указывает на универсальность симптоматического ядра синдрома при наличии региональной специфики клинического течения.

В-четвертых, публикация Римских диагностических критериев V (2026) и 2-го Азиатского консенсуса (2025), формально сохраняя преемственность с Рим IV, формирует новую исследовательскую повестку: проспективная оценка постинфекционной ФД (включая постковидную), изучение дуоденальной эозинофилии как морфологического субстрата ПДС, стратифицированная по подтипам терапия. Отсутствие репрезентативных популяционных исследований в мегаполисах Европейской части России, отсутствие официальной русскоязычной валидированной версии Римского опросника V и отсутствие национального регистра синдрома диспепсии формируют конкретный перечень задач, от решения которых зависит включение российских данных в международный доказательный ландшафт следующего десятилетия. ●

Литература

1. Törnblom H., Carbone F., Hasler W.L., et al. Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2026; 170 (6): 1240–1260.
2. Moayyedi P., Talley N.J., Fennerty M.B., Vakil N. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA*. 2006; 295 (13): 1566–1576.
3. Ford A.C., Marwaha A., Sood R., Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut*. 2015; 64 (7): 1049–1057.

4. Oustamanolakis P, Tack J. Dyspepsia: organic versus functional. *J. Clin. Gastroenterol.* 2012; 46 (3): 175–190.
5. Drossman D.A., Chang L., Tack J. Disorders of Gut-Brain Interaction and the Rome V Process. *Gastroenterology.* 2026; 170 (6): 1083–1098.
6. Stanghellini V, Chan F.K., Hasler W.L., et al. Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology.* 2016; 150 (6): 1380–1392.
7. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI / Florence consensus report. *Gut.* 2022; 71 (9): 1724–1762.
8. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. pylori* у взрослых. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2022; 32 (6): 72–93.
9. Sarnelli G., Pesce M., Barbara G., et al. Italian guidelines for the diagnosis and treatment of functional dyspepsia. *Dig. Liver Dis.* 2025; 57 (online ahead of print).
10. Mahadeva S., Siah K.T.H., Ghoshal U.C., et al. Second Asian consensus report on functional dyspepsia (2025): updated recommendations. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2026; 41 (3): 832–853.
11. Tack J., Palsson O.S., Bangdiwala S.I., et al. Functional dyspepsia and its subgroups: prevalence and impact in the Rome IV global epidemiology study. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2025; 62 (3): 330–339.
12. Sperber A.D., Bangdiwala S.I., Drossman D.A., et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders: results of rome foundation global study. *Gastroenterology.* 2021; 160 (1): 99–114.e3.
13. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., et al. The PRISMA 2020 statement. *BMJ.* 2021; 372: n71.
14. Munn Z., Moola S., Lisy K., et al. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int. J. Evid. Based. Healthc.* 2015; 13 (3): 147–153.
15. Barberio B., Mahadeva S., Black C.J., et al. Systematic review with meta-analysis: global prevalence of uninvestigated dyspepsia according to the Rome criteria. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2020; 52 (5): 762–773.
16. Li Y., Choi H., Leung K., et al. Global prevalence of *Helicobacter pylori* infection between 1980 and 2022. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2023; 8 (6): 553–564.
17. Nasser-Moghaddam S., Mousavian A.H., Kasaeian A., et al. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2023; 21 (7): 1739–1749.e2.
18. Abdu S.M., Assefa E.M., Abdu H. Indications and endoscopic findings of upper gastrointestinal diseases in Africa. *PLoS One.* 2025; 20 (3): e0319854.
19. Futagami S., Itoh T., Sakamoto C. Systematic review with meta-analysis: post-infectious functional dyspepsia. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2015; 41 (2): 177–188.
20. Aziz I., Palsson O.S., Törnblom H., et al. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2018; 3 (4): 252–262.
21. Huang I.H., Schol J., Lin G., et al. Epidemiology of functional dyspepsia and gastroparesis as diagnosed in Flemish-Belgian primary care. *Neurogastroenterol. Motil.* 2024; 36 (5): e14778.
22. Kovács D.B., Szekely A., Hubai A.G., Palsson O. Prevalence, epidemiology and associated healthcare burden of Rome IV irritable bowel syndrome and functional dyspepsia in Gibraltar. *BMJ Open Gastroenterol.* 2022; 9 (1): e000979.
23. Nakov R., Dimitrova-Yurukova D., Snegarova V., et al. Prevalence of irritable bowel syndrome, functional dyspepsia and their overlap in Bulgaria. *J. Gastrointest. Liver Dis.* 2020; 29 (3): 329–338.
24. Krynicka P., Kaczmarczyk M., Skonieczna-Żydecka K., et al. The burden of irritable bowel syndrome and functional dyspepsia in Poland. *BMC Gastroenterol.* 2025; 25 (1): 8.
25. Zagari R.M., Law G.R., Fuccio L., et al. Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in the Italian general population: an endoscopic study. *Gastroenterology.* 2010; 138 (4): 1302–1311.
26. Aono S., Tomita T., Tozawa K., et al. Epidemiology and clinical characteristics based on the Rome III and IV criteria of Japanese patients with functional dyspepsia. *J. Clin. Med.* 2022; 11 (9): 2342.
27. Zacharakis G., Al-Ghamdi S., AlZahrani J., et al. Effects of the Rome IV criteria to functional dyspepsia symptoms in Saudi Arabia. *Korean J. Gastroenterol.* 2020; 76 (6): 304–313.
28. Hu N., Wang K., Zhang L., et al. Epidemiological and clinical features of functional dyspepsia in a region with a high incidence of esophageal cancer in China. *Chin. Med. J. (Engl.).* 2021; 134 (12): 1422–1430.
29. Gao X., Liu N., Hao Y.J., et al. Prevalence survey of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome in Chinese college students based on Rome IV diagnostic criteria. *Sichuan Da Xue Xue Bao. Yi Xue Ban.* 2023; 54 (3): 574–578.
30. Sud R., Pebbili K.K., Desai S.A., et al. Dyspepsia – the Indian perspective (Power 1.0 study). *J. Assoc. Physicians. India.* 2023; 71 (4): 11–12.
31. Abid S., Rehman H., Awan S., et al. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders using Rome III adult questionnaire, Karachi-Pakistan. *PLoS One.* 2022; 17 (6): e0268403.
32. Sperber A.D., Freud T., Abu-Freha N., et al. Epidemiology of disorders of Gut-Brain interaction in Israel. *Neurogastroenterol. Motil.* 2022; 34 (8): e14323.
33. Rahman M.M., Ghoshal U.C., Kibria M.G., et al. Functional dyspepsia, peptic ulcer, and *Helicobacter pylori* infection in a rural community of South Asia. *Clin. Transl. Gastroenterol.* 2021; 12 (4): e00334.
34. Nam K., Kim N., Song H.J., et al. Gender difference in the overlap of irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: Korea. *J. Gastroenterol.* 2021; 56 (6): 537–546.

35. Kumolu-Johnson T., Senbanjo I.O. Prevalence and pattern of functional gastrointestinal disorders among secondary school adolescents in Lagos, Nigeria. *J. Trop. Pediatr.* 2024; 70 (1): fmad048.
36. Schmulson M.J., Puentes-Leal G.A., Bustos-Fernández L., et al. Comparison of the epidemiology of disorders of gut-brain interaction in four Latin American countries. *Neurogastroenterol. Motil.* 2023; 35 (6): e14569.
37. Курилович С.А., Решетников О.В., Кротов С.А. и др. Синдром диспепсии: от изучения эпидемиологии к канцерпревенции. *Сибирский научный медицинский журнал.* 2006; (4): 74–79.
38. Третьякова О.В., Цуканов В.В., Амелчугова О.С. и др. Распространенность неисследованной диспепсии и атрофического гастрита у жителей г. Красноярск старше 45 лет. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2012; 8: 35–39.
39. Цуканов В.В., Васютин А.В., Тонких Ю.Л. Распространенность, факторы риска и этнические особенности неисследованной диспепсии. *РМЖ. Медицинское обозрение.* 2020; 4 (5): 263–267.
40. Цуканов В.В., Васютин А.В., Онучина Е.В. и др. Перекрест синдрома раздраженного кишечника и неисследованной диспепсии у жителей Иркутска. *Доктор.Ру.* 2021; 20 (11): 47–51.
41. Чикунова М.В., Хлынов И.Б. Распространенность симптомов диспепсии в популяции. *Уральский медицинский журнал.* 2014; 4: 60–63.
42. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. Функциональная диспепсия: эпидемиология, классификация, этиопатогенез, диагностика и лечение. М.: СТ-Принт, 2015.
43. Oshima T. Functional dyspepsia: current understanding and future perspective. *Digestion.* 2024; 105 (1): 26–33.
44. Lee K.J. The Usefulness of symptom-based subtypes of functional dyspepsia. *J. Neurogastroenterol. Motil.* 2021; 27 (3): 326–336.
45. Mearin F., Pérez-Oliveras M., Perelló A., et al. Dyspepsia and irritable bowel syndrome after a *Salmonella gastroenteritis* outbreak. *Gastroenterology.* 2005; 129 (1): 98–104.
46. Wensaas K.A., Hanevik K., Hausken T., et al. Postinfectious and sporadic functional gastrointestinal disorders 3 years after acute giardiasis. *J. Neurogastroenterol. Motil.* 2016; 28 (10): 1561–1569.
47. Porter C.K., Gormley R., Tribble D.R., et al. The Incidence and gastrointestinal infectious risk of functional gastrointestinal disorders in a healthy US adult population. *Am. J. Gastroenterol.* 2011; 106 (1): 130–138.
48. Ford A.C., Mahadeva S., Carbone M.F., et al. Functional dyspepsia. *Lancet.* 2020; 396 (10263): 1689–1702.
49. Talley N.J., Powell N., Walker M.M., et al. Role of smoking in functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2021; 54 (1): 32–42.
50. Aro P., Talley N.J., Johansson S.E., et al. Anxiety is linked to new-onset dyspepsia in the Swedish population: a 10-year follow-up study. *Gastroenterology.* 2015; 148 (5): 928–937.
51. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut.* 2015; 64 (9): 1353–1367.
52. Jemere T., Tilahun M., Walle G., et al. *Helicobacter pylori* infection and its associated factors among dyspepsia patients. *PLoS One.* 2023; 18 (3): e0279396.
53. Miwa H., Nagahara A., Asakawa A., et al. Evidence-based clinical practice guidelines for functional dyspepsia 2021. *J. Gastroenterol.* 2022; 57 (2): 47–61.
54. Бакулин И.Г., Хлынов И.Б., Саблин О.А. и др. Клиническая эффективность применения акотиамида у пациентов с функциональной диспепсией: результаты многоцентрового исследования. *Медицинский совет.* 2023; 17 (13): 108–115.
55. Гастрит и дуоденит. Клинические рекомендации. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/708_2.

Prevalence of Dyspepsia Syndrome in the World

E.E. Stauver¹, E.S. Kuznetsova¹, K.A. Nikolskaya, PhD¹, M.V. Chebotareva¹,
N.A. Neyasova¹, G.L. Yurenev, PhD, Prof.², D.S. Bordin, PhD, Prof.^{1, 2, 3}

¹ A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

² Russian University of Medicine, Moscow

³ Tver State Medical University

Contact person: Elena E. Stauver, elenastauver@mail.ru

Dyspepsia syndrome comprises clinically significant symptoms (a feeling of fullness after eating, early satiety, pain, and a burning sensation in the epigastric region) and is classified as secondary if a structural, systemic, or metabolic disease is identified, or as functional if diagnostic procedures do not reveal a pathology explaining the symptoms. According to meta-analyses, the global prevalence of untested dyspepsia according to Rome I–III criteria is approximately 20.4%, and according to Rome IV, 8.4%. Russian studies demonstrate the prevalence of untested dyspepsia in the range of 19.1–30.8%. The prevalence of functional dyspepsia according to Rome IV in symptom-oriented population studies ranges from 5.5–18.3%. Literature data demonstrate high variability in the prevalence of dyspepsia syndrome, due to the diagnostic criteria used, the availability of esophagogastroduodenoscopy and H. pylori testing, and the data collection method.

Keywords: dyspepsia syndrome, functional dyspepsia, untested dyspepsia, dyspepsia epidemiology, *Helicobacter pylori*