

Современные диагностические критерии функциональной диспепсии у детей.

Назаренко О.Н.



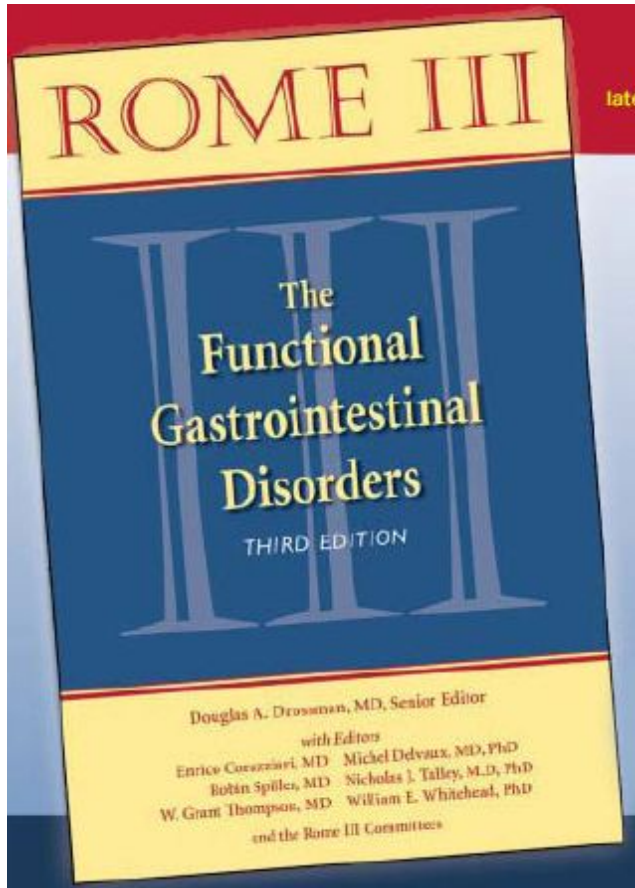
Нерешенные вопросы в отношении диагностики и лечения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей



- Отсутствие единой терминологии в оценке эндоскопической картины при патологии ВОПТ у детей
- Неоднозначная трактовка эндоскопических заключений клиницистами
- Высокая частота установления диагноза «хронический гастродуоденит» только на основании эндоскопической характеристики ВОПТ
- Применение эндоскопического исследования без биопсии и морфологического исследования биоптатов
- Широкое, не всегда по показаниям, применение ФЭГДС у детей
- Отсутствие четкого понимания терминов «диспепсия», «функциональная диспепсия», «органическая диспепсия»
- Отсутствие единого подхода к диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori*



Римские критерии III



- 1978 г. - Критерии Маннинга
- 1988 г. - Римские критерии I
- 1998 г. - Римские критерии II
- 2006 г. - Римские критерии III

Основные изменения, внесенные в Римские критерии II



- **1) пересмотр требований к временным рамкам диагностических критериев;**
- 2) изменения критериев классификации (например, руминация теперь является одним из функциональных желудочно-кишечных расстройств, а синдром функциональной абдоминальной боли (FAPS) относится к самостоятельной категории, а не к функциональным расстройством кишечника);
- **3) добавление педиатрических категорий (например, Новорожденный/Ребенок раннего возраста и Ребенок/Подросток);**
- **4) функциональной диспепсии, как единственному расстройству, придается меньшее значение при проведении исследований;**
- 5) основанием для идентификации подгрупп больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) является в первую очередь характер стула (например, преобладание диареи или запора);
- 6) более строгие критерии дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди (сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы).

Классификация функциональных расстройств у детей (новорождённые и дети до 5 лет)



- G. Функциональные расстройства: neonates and toddlers
 - I G1. Младенческая регургитация
 - I G2. Синдром младенческой руминации
 - I G3. Синдром циклической рвоты
 - I G4. Младенческие колики
 - I G5. Функциональная диарея
 - I G6. Младенческая дисхезия
 - I G7. Функциональный запор

Классификация функциональных расстройств у детей (дети старше 5 лет и подростки)



- Н. Функциональные расстройства: дети и подростки
 - I Н1. Рвота и аэрофагия:
 - -Н1а. Синдром руминации у подростков
 - -Н1b. Синдром циклической рвоты
 - -Н1с. Аэрофагия
 - I Н2. ФГИР, сопровождающиеся абдоминальной болью:
 - **-Н2а. Функциональная диспепсия**
 - -Н2b. СРК
 - -Н2с. Абдоминальная мигрень
 - -Н2d. Детская функциональная абдоминальная боль
 - -Н2d1. Синдром детской функциональной абдоминальной боли
 - I Н3. Запор и недержание кала:
 - -Н3а. Функциональный запор
 - -Н3b. Каломазание без задержки стула

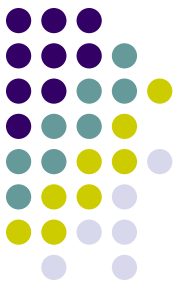
Критерии функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (Римские критерии III, Лос-Анджелес, май 2006)



- Отсутствие установленных органических поражений ЖКТ, объясняющих симптомы
- Симптомы не объясняются исключительно нарушением моторики, а определяются многочисленными факторами, в том числе:
 - расстройствами моторики,
 - повышенной чувствительностью внутренних органов,
 - воспалением и иммунной дисфункцией слизистой оболочки,
 - дисфункцией системы, связывающей головной мозг и кишечник,
 - психосоциальными факторами и факторами, ведущими начало из раннего детства. [Дуглас Дроссман]
- Многие функциональные расстройства редко протекают изолированно, в особенности – ФД и СРК

Функциональная диспепсия

(диагностические критерии, Рим II, 1999)



- постоянная или рецидивирующая диспепсия (боль или дискомфорт, локализующиеся в верхней части живота по средней линии), продолжительность которой составляет не менее 12 нед за последние 12 мес;
- отсутствие доказательств органического заболевания, подтверждаемое тщательным сбором анамнеза, эндоскопическим исследованием верхних отделов ЖКТ и УЗИ органов брюшной полости;
- отсутствие доказательств, что диспепсия облегчается дефекацией или связана с изменением частоты или формы стула (в плане дифференциальной диагностики с синдромом раздраженного кишечника, хотя и не исключает его сочетание с ФД).

Диагностические критерии ФД (В1). Римский консенсус III, 2007



- Должны включать:
 1. *Один или более* из следующих симптомов:
 - Беспокоящее (неприятное) чувство полноты после еды
 - Быстрое насыщение
 - Эпигастральная боль
 - Эпигастральное жжение
 - И
 2. Отсутствие данных об органической патологии (включая эндоскопию), которая могла бы объяснить возникновение симптомов.

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее последних 3 мес с началом проявлений не менее 6 мес перед диагностикой



Варианты ФД. Рим III

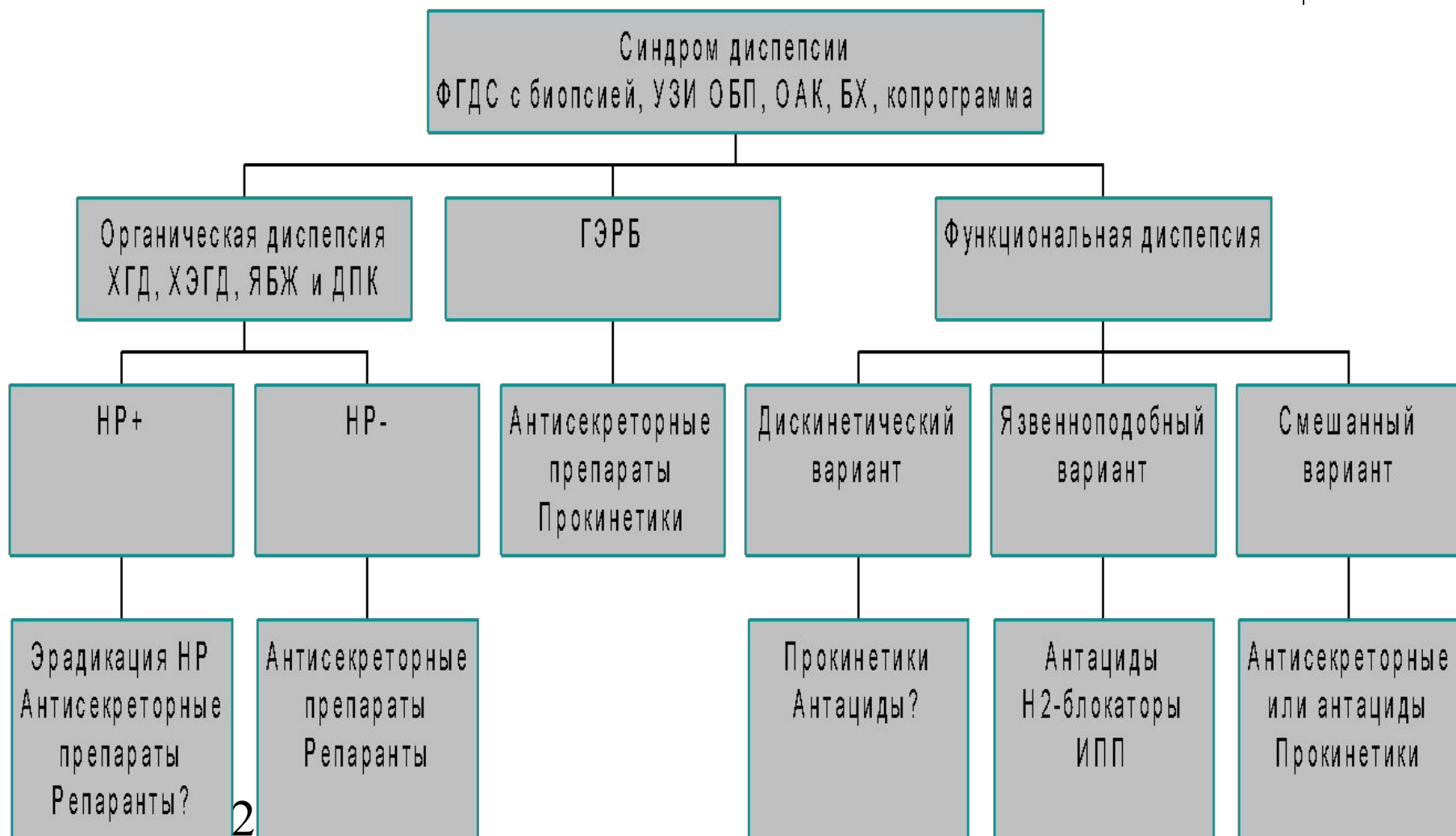
- При необходимости более детального определения ФД, с учетом ее патофизиологического механизма, Римский консенсус III разделил эту функциональную патологию на два новых варианта:
- 1) диспепсические симптомы, вызываемые приемом пищи (meal-induced dyspeptic symptoms – PDS), или индуцированные пищей диспепсические симптомы – **постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС)** и
- 2) epigastric pain syndrome (EPS) – синдром эпигастральной боли, или **эпигастральный болевой синдром (ЭБС)**.
Как известно, в Римском консенсусе II предлагалось подразделение ФД по доминирующему симптому – боль или дискомфорт.
- Комитет экспертов исключил традиционный термин "дискомфорт" из определения диспепсии.
- Кроме того, изменен временной критерий для установления функционального расстройства.

Синдром желудочной диспепсии



- Синдром верхней (желудочной) диспепсии определяется как ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии (Рим, 1999).
- В МКБ-10 диспепсия соответствует рубрике К30.
- Общее определение ФД, приемлемое для использования врачом в практической работе, не претерпело принципиальных изменений в соответствии с **Римским консенсусом III** и формулируется следующим образом: симптомы, относящиеся к гастродуоденальной области, при отсутствии каких-либо органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить эти проявления

Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии



Этиопатогенез 1



- В возникновении функциональных желудочно-кишечных расстройств основное значение придается генетической предрасположенности, психосоциальным факторам, нарушениям моторно-эвакуаторной функции, висцеральной гиперсенситивности и воспалению (Д.Дроссман)



Этиопатогенез 2

- В последние годы стало формироваться положение, отражающее точку зрения о первичности структурных изменений, а не функциональных.
- Во вводной главе Римского консенсуса III ведущий американский специалист D. Drossman отмечает, что диагностика функциональной патологии осуществляется при отсутствии структурной патологии, которая могла бы объяснить имеющиеся у пациента симптомы.
- Далее автором написана примечательная фраза: «В последние годы, однако, гистологические находки показали, что различия между "функциональными" и "органическими" изменениями стали размытыми»

Функциональная диспепсия и хронический гастрит



- Для ФД сложность отношения к этой проблеме заключается в том, что хронический гастрит – морфологическое изменение слизистой оболочки желудка, но выявление этой патологии не противоречит диагнозу функционального расстройства желудка. В то же время понятие функциональной патологии по определению предполагает отсутствие органических изменений. В соответствии с позицией экспертов консенсуса, наличие инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) и хронического гастрита не исключает ФД (Пиманов С.И.)



ФД и ГЭРБ

- Римский консенсус II исключил больных с преобладанием изжоги из группы диспепсий. Наличие повторяющейся изжоги является признаком гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которая может протекать как с эзофагитом, так и без такового.
- В материалах Римского консенсуса III констатируется, что изжога и диспепсия чрезвычайно широко распространены и могут существовать одновременно. Наличие изжоги не исключает диагнозов ПДС или ЭБС. При доминировании диспепсических жалоб ГЭРБ без эзофагита является сопутствующим диагнозом.

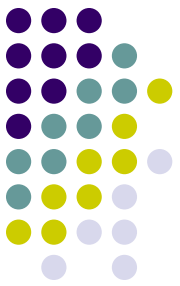


ФД и другие ФГИР

- Как следует из критериев диагностики ЭБС, наряду с определением признаков ФД следует исключить возможность синдрома раздраженного кишечника (СРК) и билиарных функциональных расстройств как причины обращения больного. Наслоение симптомов диспепсии и СРК также встречается достаточно часто. Возможно одновременное присутствие СРК и ПДС или ЭБС. Наличие СРК не исключает диагноза любого из функциональных гастродуоденальных расстройств.

Тактика ведения больного.

Рим III



- 1. Проанализировать клиническую картину и убедиться, что жалобы пациента, скорее всего, связаны с патологией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.
- 2. Исключить симптомы тревоги (необъяснимая потеря массы тела, повторяющаяся рвота, прогрессирующая дисфагия, кровотечения из ЖКТ).
- 3. Исключить приём аспирина или нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), которые могут вызвать НПВП-гастропатию.
- 4. Оценить наличие типичных рефлюксных симптомов как проявление ГЭРБ.
- 5. Целесообразно неинвазивное определение инфекции *H. pylori* и последующая эрадикация ("test and treat" – "диагностировать неинвазивно и лечить") как наиболее экономически оптимальная стратегия, позволяющая уменьшить количество фиброэзофагогастродуоденоскопий (ФЭГДС). Эта стратегия показана больным без симптомов тревоги.
- 6. Эндоскопия ?

Тактика ведения больного

(Пиманов С.И.)



- Регистрация диспепсических жалоб позволяет сформулировать предварительное заключение: "диспепсия необследованная". Такой пациент нуждается в дообследовании.
- При первом обращении больного оптимальным вариантом обследования является ФЭГДС. Показания для её проведения: 1. Первичное обращение? 2. Возраст старше 35 лет. 3. «Симптомы тревоги». 4. Характерная для гастродуоденальных язв клиническая картина.
- В случае обнаружения при ФЭГДС органической причины диспепсии (эрозивно-язвенные или опухолевые изменения) устанавливается соответствующий диагноз.
- При отсутствии таковых изменений и наличии эндоскопических признаков хронического гастрита (что вовсе не является доказательством его наличия) и/или морфологической верификации гастрита, независимо от присутствия *H. pylori*, а также при нормальной эндоскопической картине желудка и двенадцатиперстной кишки формулируется диагноз "функциональная диспепсия".

Тактика ведения больного

(Пиманов С.И.)



- Рекомендованная экспертами тактика "test and treat" может, на наш взгляд, использоваться в ряде случаев у молодых людей с умеренными диспепсическими жалобами. В таких ситуациях на первом этапе можно ограничиться неинвазивной диагностикой *H. pylori*. При этом формулировка диагноза должна остаться как "диспепсия необследованная" с характеристикой наличия или отсутствия хеликобактерной инфекции. В случае отрицательного теста назначается антисекреторная терапия, при ее неэффективности осуществляется ФЭГДС с последующим стандартным лечением. При позитивном тесте на *H. pylori* следует осуществить эрадикационную терапию, а при отсутствии от нее эффекта – выполнить ФЭГДС и проводить последующее лечение по общим правилам.

Лечение



- Известна "либерализация" диеты в гастроэнтерологии, сформировавшаяся в последние годы. Пожалуй, общим правилом должно быть следующее: следует избегать только той пищи, связь с приемом которой диспептических жалоб совершенно убедительна. Ни в коем случае нельзя вводить жесткие ограничительные диеты.
- Соблюдение режима питания с многократным приемом пищи и полноценным завтраком. Представляется полезным рекомендовать больным не переедать и ограничить содержание жира в пище.
- Курение, алкоголь или НПВП считаются факторами риска ФД. Потому запрет курения и приема алкоголя при ФД является обязательной рекомендацией.
- Осторожность при приеме НПВП

Лечение



В материалах Римского консенсуса III указано, что важнейшее значение в лечении ФГИР имеет психотерапия. Объяснение пациенту сути его заболевания является первым шагом лечения и может быть достаточным для многих больных.

- Снижение кислотопродукции является надежной первой линией лечения при условии отсутствия инфекции *H. pylori*. Если первая доза антисекреторного препарата оказывается недостаточной, возможно ее ступенчатое повышение. Больные ФД нередко принимают антациды, хотя нет доказательств их эффективности.
- Одним из новых положений консенсуса Маастрихт-3 является использование эрадикационной терапии в *H. pylori*-позитивных случаях ФД.
- Гастропрокинетики, такие как метоклопрамид, домперидон и мосаприд, показали эффективность при ФД в сравнении с плацебо, но изучены указанные препараты недостаточно. Авторы публикаций склоняются к тому, что у части больных от прокинетиков наблюдается польза, что соответствует результатам метаанализа. Логично ожидать максимальный эффект прокинетиков в группе больных с ПДС
- Значение антидепрессантов в лечении ФД отмечено рядом исследователей и продолжает изучаться.

Предложения для обсуждения



- Разработка более жёстких показаний для эндоскопического обследования детей, в особенности младшего возраста, и доведение их до сведения практических врачей
- Внедрение обязательного морфологического исследования при проведении верхней эндоскопии у детей
- Разработка чётких рекомендаций в отношении оценки эндоскопической и морфологической картины – в каких случаях правомочен диагноз «функциональная диспепсия», а в каких – «хронический гастрит»
- Предложение «выжидательной тактики» в отношении детей дошкольного и младшего школьного возраста с коротким анамнезом диспепсии – использование термина «диспепсия необследованная», коррекция питания, назначение антацидов или антисекреторных средств на короткое время и повторный осмотр через 6 месяцев
- Более широкое применение в педиатрической практике серологической диагностики инфекции *H. pylori* и тактики ("test and treat" – "диагностировать неинвазивно и лечить")

Проблемы и перспективы



- Если предлагаемая Римским консенсусом III диагностика ФД у большинства практических врачей вызывает озабоченность из-за новой терминологии, то знакомство с лечением этой патологии приводит к некоторому разочарованию.
- Сохраняет значение лечение антисекреторными препаратами – антагонистами H₂-рецепторов и ИПП.
- По-прежнему отмечается целесообразность назначения прокинетики.
- Целесообразность назначения эрадикационной терапии вызывает сомнение из-за высокого значения NNT, однако последний Римский и Маастрихтский-3 консенсусы рекомендуют проводить эрадикацию у инфицированных больных.
- Следует учитывать, что более точное определение патофизиологических вариантов ФД предполагает разработку новых лекарственных препаратов. Вероятно, именно в этом состоит основное позитивное значение Римского консенсуса III.
- Изучаются новые терапевтические подходы при ФД, включая препараты, релаксирующие дно желудка, новые прокинетики, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и висцеральные анальгетики. Можно надеяться, что через несколько лет препараты этих групп будут в арсенале практического врача.