



Функциональная диспепсия



Структура учебного содержания

- [1. Определение](#)
- [2. Классификация](#)
- [3. Код по МКБ X](#)
- [4. Эпидемиология](#)
- [5. Этиология](#)
- [6. Патогенез](#)
- [7. Диагноз и дифференциальный диагноз](#)
- [8. Обследование больных](#)
- [9. Формулировка диагноза](#)
- [10. Лечение](#)
 - [Общие мероприятия](#)
 - [Фармакотерапия](#)
- [11. Прогноз](#)



1. Определение



Определение

В соответствии с рекомендациями согласительного совещания Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (Римские критерии III, 2006 г.) под ФД понимают комплекс жалоб, включающих в себя боли и чувство жжения в подложечной области, ощущение переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 месяцев) и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями.

- **Диагноз функциональной диспепсии - это диагноз клинический**, который отражает наличие у больного определенных клинических симптомов, возникающих не в результате сопутствующих хронических воспалительных изменений слизистой оболочки желудка, а вследствие нарушений желудочной секреции, гастродуоденальной моторики, висцеральной чувствительности, нередко обусловленных нервно-психическими факторами.

Характеристика симптомов ФД

Симптомы	Определение
Боли в эпигастрии	Под эпигастрием понимается область, расположенная между мечевидным отростком грудины и пупочной областью и ограниченная справа и слева соответствующими среднеключичными линиями. Некоторые больные могут интерпретировать свои жалобы не как боли, а как неприятные ощущения.
Чувство жжения в эпигастрии	Представляет собой неприятные жгучие ощущения в эпигастральной области.
Чувство переполнения в эпигастрии после еды	Представляет собой неприятное ощущение длительной задержки пищи в желудке.
Раннее насыщение	Чувство, что желудок переполняется вскоре после начала приема пищи независимо от объема съеденной пищи, в результате чего прием пищи не может быть завершен.



2. Классификация



Классификация

- В зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных жалоб выделяют 2 основных клинических варианта ФД: синдром боли в эпигастрии (прежнее название – язвенноподобный вариант) и постпрандиальный дистресс-синдром (прежнее название – дискинетический вариант).

Синдром боли в эпигастрии

- *О синдроме боли в эпигастрии* принято говорить в тех случаях, когда у больного, по меньшей мере, 1 раз в неделю, отмечаются умеренные или выраженные боли или чувство жжения в эпигастральной области. При этом боли не носят постоянный характер, связаны с приемом пищи или возникают натощак, не локализируются в других отделах живота, не уменьшаются после дефекации и не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди. Синдром боли в эпигастрии может сочетаться с постпрандиальным дистресс-синдромом.



Постпрандиальны дистресс-синдром

- Наличие *постпрандиального дистресс-синдрома* можно предполагать в тех ситуациях, когда у больного чаще 3 раз в неделю, после еды, при приеме обычного объема пищи возникают чувство переполнения в эпигастрии или раннее насыщение. При этом постпрандиальный дистресс-синдром может сочетаться с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии,



3. Код по МКБ X



Код по МКБ X:
K30 - Диспепсия



4. Эпидемиология



- Симптомы диспепсии относятся к наиболее часто встречающимся гастроэнтерологическим жалобам. По данным популяционных исследований, проведенных в Северной Америке, Европе и Австралии, общая распространенность симптомов диспепсии среди населения колеблется от 7 до 41% и составляет в среднем около 25%.
- По разным данным, к врачам обращается лишь каждый второй- четвертый пациент с синдромом диспепсии. Эти больные составляют около 2-5% пациентов, приходящих на прием к врачам общей практики. Среди всех гастроэнтерологических жалоб, с которыми больные обращаются к этим специалистам, на долю симптомов диспепсии приходится 20-40%.



- Высокая распространенность синдрома диспепсии среди населения определяет и большие расходы, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких пациентов. Почти 25% больных ФД обращаются к врачу более 4 раз в год. Пациенты с ФД в 2,6 раз чаще берут больничный лист по сравнению с другими работниками [39] и пребывают в течение года на больничном листе на 3-4 недели больше по сравнению со средними показателями, рассчитанными для всего населения.



5. Этиология



Этиология (1)

1. **Наследственные факторы.** Было показано, что у детей с функциональными желудочно-кишечными расстройствами родители достоверно чаще страдают функциональными гастроинтестинальными заболеваниями, чем родители детей без упомянутых нарушений желудочно-кишечного тракта, причем в значительной части случаев наблюдается совпадение вариантов функциональных желудочно-кишечных расстройств у детей и родителей [9]. В последние годы установлено, что в возникновении данного заболевания может иметь значение полиморфизм гена GN-β3. Риск развития функциональной диспепсии (особенно дискинетического варианта) у лиц с генотипом GN-β3 CC оказывается в 2 раза выше, чем у людей с генотипами TT или TC. Высказано предположение, что при наличии генотипа GN-β3 CC может нарушаться чувствительность рецепторов к нейротрансмиттерам, стимулирующим двигательную функцию желудка (например, 5-HT₄-рецепторов - к серотонину), и замедляться опорожнение желудка.

Этиология (2)

2. *Алиментарные погрешности* играют скромную роль в развитии ФД. Многие больные ФД избегают приема определенных пищевых продуктов из-за возможного последующего усиления диспепсических расстройств. К продуктам, которые такие пациенты переносят хуже всего, относятся красный перец, лук, майонез, орехи, цитрусовые, шоколад, кофе, газированные напитки .

3. *Курение*, по некоторым данным, повышает риск развития ФД в 2 раза, а его прекращение ведет, напротив, к нормализации двигательной функции желудка.



Этиология (3)

4. ФД этиологически связана с *перенесенной пищевой токсикоинфекцией* (т.н. «постинфекционная» ФД). Результаты обследования больных, перенесших острый инфекционный гастроэнтерит, показали, что постинфекционная ФД возникает в последующем у 20% пациентов. Полагают, что этот вариант встречается у 17% больных ФД и протекает с нарушением аккомодации фундального отдела желудка, обусловленным дисфункцией NO-зависимых нейронов, а также замедлением эвакуации из желудка. Отмечено, что постинфекционная ФД может иметь непродолжительное течение.

Этиология (4)

5. **Психо-социальные факторы.** В настоящее время установлено, что почти у всех пациентов развитию заболевания или ухудшению его течения предшествует хотя бы один из жизненно значимых хронических стрессовых факторов (семейных, производственных, финансовых, жилищных и др.) У больных ФД был выявлен более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению со здоровыми, а также показана взаимосвязь с данными психопатологическими нарушениями ряда диспепсических симптомов

6. В течение длительного времени велась дискуссия о возможной роли **инфекции *Helicobacter pylori* (НР)** в развитии ФД. Проведенные исследования продемонстрировали отсутствие какой-либо связи между инфекцией НР и наличием у пациентов с ФД нарушений двигательной функции желудка и висцеральной чувствительности, а также выраженностью диспепсических жалоб и свидетельствовали о невысокой клинической эффективности эрадикации НР, которая в большинстве случаев не приводит к исчезновению диспепсических симптомов у этих больных.

6. Патогенез



Патогенез

- **Патогенетические звенья ФД включают в себя:**
- нарушения секреции соляной кислоты
- расстройства гастродуоденальной моторики
 - *нарушения аккомодации*
 - *нарушения миоэлектрической активности желудка, проявляющиеся тахи- и брадигастрией*
 - *ослабление моторики антрального отдела желудка*
 - *нарушения антро-дуоденальной координации (синхронного расслабления привратника при сокращении антрального отдела желудка), что имеет своим следствием замедление опорожнения желудка*
- изменение висцеральной чувствительности.



7. Диагноз и дифференциальный диагноз



**Диагноз ФД – это диагноз исключения,
который может быть поставлен только после
тщательного обследования больного.**



Эндогенные заболевания

Частые

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Менее частые

- заболевания желчевыводящих путей
- хронический панкреатит

Редкие

- злокачественные опухоли желудка, поджелудочной железы, толстой кишки
- другие инфильтративные поражения желудка
- синдром мальабсорбции
- сосудистые мальформации

Экзогенные поражения

- лекарственные (нестероидные противовоспалительные препараты [НПВП], антибиотики, теофиллин, препараты наперстянки, железа)
- алкоголь

Другие

- сахарный диабет
 - гипер- или гипотиреоз
 - гиперпаратиреоз
 - электролитные нарушения
 - заболевания соединительной ткани
 - заболевания печени
-

8. Обследование больных



К *основным методам* диагностики относятся:

- клинический и биохимический анализы крови,
- анализ кала,
- гастродуоденоскопия,
- ультразвуковое исследование,
- исследование инфекции *H.pylori*.



Проведение *гастродуоденоскопии* позволяет исключить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, наиболее часто протекающие с симптомами диспепсии (эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенные изменения, вызывающие нарушения опорожнения желудка и двенадцатиперстной кишки, новообразования и др.), выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки пищевода (рефлюкс-эзофагит), нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки (дуоденогастральный рефлюкс). Важным преимуществом гастродуоденоскопии служит возможность проведения биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки последующим установлением морфологического варианта сопутствующего хронического гастрита и дуоденита.



Ультразвуковое исследование позволяет уточнить состояние печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, Кроме того, с помощью специальной методики ультразвукового исследования (после приема больным 200-300 мл теплой воды) можно получить ориентировочную информацию о тонусе и перистальтике желудка. При этом эвакуаторную способность определяют по ритмичному сокращению привратника и изменению объема заполненного жидкостью желудка.



Для диагностики *инфекции H. pylori* используются различные методы (серологический, морфологический, быстрый уреазный тест, дыхательный тест, определение антигена НР в кале, определение ДНК НР в кале и слизистой оболочке желудка с помощью полимеразной цепной реакции и др.). Достоверность исследования повышается при одновременном применении нескольких методов, что позволяет избежать ложноотрицательных результатов.



К *дополнительным методам* диагностики ФД относятся рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, внутрижелудочная рН-метрия, суточное мониторирование рН- в пищеводе, методы исследования двигательной функции желудка (сцинтиграфия, электрогастрография, манометрия желудка), компьютерная томография и др.

Большое внимание при проведении дифференциального диагноза уделяется выявлению т.н. *«симптомов тревоги»* (лихорадки, выраженного похудения, крови в стуле, анемии, лейкоцитоза, повышения СОЭ и др.), обнаружение которых исключает диагноз ФД и требует проведения тщательного обследования для исключения серьезного органического заболевания.

9. Формулировка диагноза



Как формулировать диагноз функциональной диспепсии?

Комбинация двух диагнозов:

- Хронический поверхностный антральный гастрит, ассоциированный с Нр. Катаральный дуоденит. Язвенноподобный вариант функциональной диспепсии.

- Хронический мультифокальный атрофический гастрит, ассоциированный с Нр. Дискинетический вариант функциональной диспепсии.

10. Лечение



Общие мероприятия



Общие мероприятия предполагают выявление причин, заставивших больного обратиться к врачу (снижение качества жизни, боязнь опухолевого заболевания и др.), тщательный сбор медицинского, социального и семейного анамнеза больного, установление доверительных отношений с пациентом с разъяснением механизмов возникновения у него симптомов ФД, анализ роли алиментарных факторов (желательно на основании ведения пациентом «пищевого дневника») и др. Выполнение данных рекомендаций способствует значительному повышению эффективности лечения.

Больным ФД рекомендуется частое (6 раз в день), дробное питание небольшими порциями с ограничением жирной и острой пищи, а также кофе. Желателен отказ от курения, употребления алкоголя, приема НПВП.

Фармакотерапия



1. Антисекреторные препараты.

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) оказались более эффективными в лечении больных ФД, нежели блокаторы H₂-рецепторов гистамина. ИПП эффективны, главным образом, при болевом (язвенноподобном) варианте ФД (особенно при ночных болях), при сочетании ФД и ГЭРБ, у больных с избыточной массой тела, но мало помогают при дискинетическом варианте. ИПП применяют обычно в стандартных дозировках, однако, в резистентных случаях они могут быть назначены и в более высоких дозах.

2. Целесообразность проведения ***эрадикации инфекции НР*** у больных ФД длительное время ставилась под сомнение. Тем не менее, согласно рекомендациям согласительного совещания Европейской рабочей группы по изучению *N.pylori* «Маастрихт-4» (Флоренция, 2010), эрадикации инфекции НР у больных ФД (особенно в странах с высокой инфицированностью населения), может оказаться полезной и привести в течение последующих нескольких лет к исчезновению симптомов ФД у значительно большего числа больных

Порядок назначения схем эрадикации *H.pylori*

Выбор схемы	Название эрадикационной схемы	Препараты
1-я линия	Стандартная тройная схема	ИПП в стандартной дозе 2 раза/сутки + КЛА 500 мг 2раза/сутки + АМО 1000 мг 2 раза/сутки (или МЕТ 500 мг 2 раза/сутки). Длительность терапии 7 или 10-14 дней
	Квадротерапия с препаратом висмута	ИПП в стандартной дозе 2 раза/сутки + ТЕТ 500 мг 4 раза/сутки + МЕТ 500 мг 3 раза/сутки + ВТД 120 мг 4 раза/сутки Длительность терапии 10 дней
2-я линия	Квадротерапия с препаратом висмута	ИПП в стандартной дозе 2 раза/сутки + ТЕТ 500 мг 4 раза/сутки + МЕТ 500 мг 3 раза/сутки + ВТД 120 мг 4 раза/сутки Длительность терапии 10 дней
	Тройная терапия с левофлоксацином	ИПП в стандартной дозе 2 раза/сутки + ЛЕВ 500 мг 2 раза/сутки + АМО 1000 мг 2 раза/сутки Длительность терапии 10 дней
3-я линия	Основана на определении антибиотикорезистентности <i>H.pylori</i> .	

Сокращения: ИПП - ингибитор протонной помпы; КЛА - кларитромицин; АМО - амоксициллин; МЕТ - метронидазол; ТЕТ - тетрациклин; ВТД - висмута трикалия дицитрат; ЛЕВ - левофлоксацин.



Важная роль нарушений двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе ФД послужила основанием для применения **прокинетиков** (препаратов, стимулирующих моторику желудочно-кишечного тракта) в лечении таких пациентов. Мета-анализ 10 работ свидетельствовал о более высокой эффективности прокинетиков при лечении ФД по сравнению с H₂-блокаторами и плацебо. Показатель NNT при лечении прокинетиками оказался равным 4 (уровень доказательности 1A).

В настоящее время для лечения ФД в качестве прокинетиков применяются:

- антагонисты допаминовых рецепторов (метоклопрамид, домперидон),
- препарат с комбинированным механизмом действия – итоприда гидрохлорид.

Новым следует считать появление в числе лекарственных средств, рекомендуемых в Римских критериях IV пересмотра для лечения ФД, **препарата STW-5 (иберогаст)**

STW-5 представляет собой комбинированный растительный препарат, полученный путем спиртовой экстракции из 9 лекарственных трав. В его состав входят иберийка горькая, дягиль лекарственный, ромашка аптечная, тмин обыкновенный, расторопша пятнистая, мелисса лекарственная, мята перечная, чистотел большой, солодка голая.

STW-5 нормализует аккомодацию фундального отдела желудка, улучшает эвакуацию желудочного содержимого, уменьшает висцеральную гиперчувствительность, снижает секрецию соляной кислоты, оказывает гастропротективный эффект, улучшая желудочное слизеобразование.

Проведенные клинические исследования и выполненные на основе их результатов мета-анализы свидетельствовали о высокой эффективности препарата у больных с ФД (особенно с ПДС) и его хорошей переносимости. Целесообразность применения STW-5 определяется и частым сочетанием ФД с СРК, при котором назначение данного препарата также нормализует моторику кишечника и уменьшает выраженность болевых ощущений.

Мета-анализ 3 рандомизированных контролируемых исследований свидетельствовал о способности *трициклических антидепрессантов* устранять симптомы ФД. При этом данные препараты оказывали эффект в субтерапевтических дозах (т.е. ниже тех, которые назначаются при лечении депрессии) (уровень доказательности 1А).

11. Прогноз



Течение ФД и отдаленный прогноз таких больных остаются недостаточно изученными. У большинства пациентов заболевание протекает длительно, с чередованием периодов обострения и ремиссии. Примерно у одной трети больных диспепсические симптомы исчезают самостоятельно в течение года. Риск развития язвенной болезни и рака желудка у больных ФД не отличается от такового у лиц, не имеющих диспепсических симптомов.

Лишь у небольшой части больных с упорным характером жалоб, часто обращающихся за медицинской помощью, прогноз течения заболевания менее благоприятен, поскольку применение большинства лекарственных препаратов у этой категории пациентов оказывается недостаточно эффективным