

Методические указания к практическому занятию по теме: «Функциональная желудочная диспепсия. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе»

Цель: Целью темы занятия «_Острый гастрит. Хронические гастриты и гастродуодениты, функциональная желудочная диспепсия. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе» является освоение физических методов исследования пациентов гастроэнтерологического профиля, клинических проявлений заболеваний и дифференциально-диагностического алгоритма. Систематизация знаний и выработка умения составлять последовательный план диагностики при остром и хроническом гастродуодените, функциональной желудочной диспепсии, при синдромах дисфагии, диспепсии, болей в животе.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез функциональной диспепсии, острого и хронического гастрита, изучить критерии диагноза, основные принципы плановой рациональной терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор, семинары.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями пищевода, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения заболеваний и их применении в соответствии с порядком оказания гастроэнтерологической помощи.

Ординатор должен знать:

1. Этиологические и патогенетические особенности функциональных заболеваний гастродуоденальной зоны;
2. Особенности проявлений разных клинических вариантов функциональной диспепсии;
3. Методы диагностики морфологического и функционального состояния желудка;
4. Дифференциально-диагностические критерии ФД;
5. Методы лечения и профилактики функциональных заболеваний гастродуоденальной зоны.
6. Медицинские стандарты амбулаторной и стационарной помощи РФ, при функциональных заболеваниях гастродуоденальной зоны;
7. Основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

1. Целенаправленно собрать жалобы и анамнез у пациентов с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта;
2. Провести клинический осмотр больного;

3. Составить план обследования пациента с патологией желудка и двенадцатиперстной кишки;
4. Интерпретировать результаты эндоскопического и гистологического исследований желудка и двенадцатиперстной кишки, изучения секреторной и моторной функций желудка, тестов на присутствие пилорических хеликобактерий;
5. Провести дифференциальный диагноз при синдромах дисфагии, функциональной диспепсии;
6. Спланировать обследование больного с диспепсическими жалобами;
7. Выработать рациональную лечебную тактику ведения больного с ФД;
8. Дать рекомендации по диетическому питанию.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками сбора жалоб и анамнеза у пациентов с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, проведения клинического осмотра больного; планирования обследования пациента с патологией желудка и двенадцатиперстной кишки, интерпретации результатов эндоскопического и гистологического исследований желудка и двенадцатиперстной кишки, изучения секреторной и моторной функций желудка, тестов на присутствие пилорических хеликобактерий, проведения дифференциального диагноза при синдромах дисфагии, функциональной диспепсии, планирования обследования больного с диспепсическими жалобами; выбора рациональной лечебной тактики ведения больного с ФД.

Учебно-тематический план темы:
Клиническое практическое занятие – 2 часа
Всего – 2 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов (Функциональная диспепсия, хронический гастрит, Н.р. ассоциированный)
4. Интерпретация исследований: клинический анализ крови+СОЭ, билирубин+фракции, альфа-амилаза крови, кал на скрытую кровь.
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при острых и хронических гастритах, функциональной диспепсии, дисфагии.
6. Разбор историй болезней пациентов с хроническим гастритом, функциональной диспепсией, в ведении которых допущены типичные ошибки.

7. Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи). Врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.
8. Отработка практических навыков: обследование пациентов с функциональной диспепсией с осмотром, дисфагией, болевым абдоминальным синдромом, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (ЭКГ, ФГДС, УЗИ брюшной полости, исследование материала на *Helicobacter pylori*, морфологические исследования препаратов желудка и 12 п/к, рентген желудка и 12 п/к, внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом, КТ, сцинтиграфия) методов исследований; обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности.

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие функциональной диспепсии.
2. Основные клинические варианты функциональной диспепсии.
3. Дать характеристику диагнозу «хронический гастрит».
4. Патогенетические звенья функциональной диспепсии.
5. Дифференциальный диагноз функциональной диспепсии (хронического гастрита).
6. Алгоритм ведения пациента с функциональной диспепсией (хроническим гастритом) на амбулаторном, стационарных этапах
7. Основные ошибки амбулаторного этапа
8. Основные группы препаратов для лечения функциональной диспепсии.
9. Прогноз и рекомендации.

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Функциональная желудочная диспепсия. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе»

	На 2 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участникам
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

1. Роль наследственных факторов при функциональной диспепсии.
 2. Роль психосоциальных факторов в развитии функциональной диспепсии.
- Хронический гастрит и функциональная диспепсия.

Основные темы докладов:

1. Современные методы функциональной диагностики нарушений гастродуоденальной моторики.
2. Современные представления о секреторном процессе в желудке.
3. Современное лечение функциональной диспепсии.

Фонд оценочных средств:

Тесты

ПК-5

1. Диагноз ФД правомерен, если:
 - а) диспепсические жалобы длятся свыше 1 месяца;
 - б) диспепсические жалобы длятся свыше 3 месяцев;(+)
 - в) диспепсические жалобы возникают после еды;
 - г) диспепсические жалобы возникают натощак.

ПК-5

2. Эрадикационная терапия *H. pylori* у больных с ФД рекомендована:

- а) всем больным;
- б) только НР-позитивным больным; (+)
- в) по сокращенным лечебным схемам;
- г) проведение ее непоказано.

ПК-5

3. Какие клинические варианты функциональной диспепсии выделяют согласно Римским критериям III?

- а) дискинетический вариант
- б) постпрандиальный дистресс-синдром (+)
- в) неспецифический вариант
- г) язвенноподобный вариант (+)

ПК-5

4. Этиологическим фактором ФД является:

- а) курение;(+)
- б) прием нестероидных противовоспалительных препаратов;
- в) нервно-психические стрессы;(+)
- г) злоупотребление алкоголем.

ПК-5

5. Какие факторы обуславливают возникновение жалоб у больных с функциональной диспепсией?

- а. Наличие хронического гастрита
- б. Нарушение секреции соляной кислоты
- в. Нарушение моторики желудка (+)
- г. Расстройства антродуоденальной координации (+)
- д. Повышение чувствительности рецепторного аппарата стенки желудка к растяжению (+)

ПК-5

6. Патогенез ФД не связан с:

- а) нарушениями гастродуоденальной моторики;
- б) нарушениями секреции соляной кислоты;
- в) микроциркуляторными расстройствами;(+)
- г) снижением порога чувствительности желудочной стенки к прессорным влияниям.

ПК-5

7. Для язвенноподобного варианта ФД нетипично:

- а) преобладание болевых ощущений в эпигастрии;
- б) "голодный" характер эпигастральных болей;
- в) наличие упорных изжоги в положении лежа; (+)
- г) стихание признаков диспепсии после приема антацидов.

ПК-5

8. В диагностике ФД существенно:

- а) отсутствие признаков органических заболеваний желудка; (+)
- б) отсутствие колонизации слизистых гастродуоденальной зоны пилорическими хеликобактериями;
- в) наличие признаков дуоденогастрального рефлюкса;
- г) интермиттирующий характер диспепсии.

ПК-5

9. Скрининговым исследованием для диагностики ФД является:

- а) УЗИ органов брюшной полости;
- б) рентгеноскопия желудка;
- в) фиброгастродуоденоскопия; (+)
- г) электрогастрография.

ПК-6

10. Основу терапии при язвенноподобном варианте ФД составляют:

- а) антациды;
- б) прокинетики;
- в) антисекреторные средства; (+)
- г) цитопротекторы.

ПК-6

11. Основу терапии при дискинетическом варианте ФД составляют:

- а) антациды;
- б) прокинетики; (+)
- в) антисекреторные средства;
- г) цитопротекторы.

ПК-5

12. Для дискинетического варианта ФД характерно:

- а) преобладание болевых ощущений в эпигастрии;
- б) наличие упорных изжоги в положении лежа;
- в) быстрый эффект от приема антацидов;
- г) ощущение тяжести и распирания в подложечной области. (+)

ПК-6

13. Прокинетиком выбора для больных с ФД является

- а) дицетел;
- б) бускопан;
- в) мотилиум; (+)
- г) метоклопрамид.

ПК-6

14. Наиболее мощный антисекреторный эффект у больных с ФД мы получим, назначая:

- а) гастроцепин;
- б) омепразол; (+)
- в) фамотидин;
- г) ранитидин.

ПК-5

15. Укажите “симптомы тревоги”, исключаящие у больных диагноз функциональной диспепсии:

- а) Рвота с кровью (+)
- б) Дисфагия (+)
- в) Лихорадка (+)
- г) Признаки желудочно-кишечного кровотечения (+)
- д.) Анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ (+)

ПК-6

16. Что следует рекомендовать при лечении больных с постпрандиальным дистресс-синдромом функциональной диспепсии?

- а) Антациды
- б) Антисекреторные препараты
- в) Прокинетики (+)
- г) Спазмолитики
- д) Проведение эрадикационной антигеликобактерной терапии

ПК-5

17. Скрининговым исследованием для диагностики ФД является:

- а) УЗИ органов брюшной полости;
- б) рентгеноскопия желудка;
- в) фиброгастродуоденоскопия; (+)
- г) электрогастрография.

ПК-5

18. К числу клинических вариантов ФД не относят:

- а) язвенноподобный;
- б) рефлюксоподобный; (+)
- в) дискинетический;
- г) неспецифический.

ПК-6

19. Что следует рекомендовать при лечении больных с синдромом эпигастральной боли при Н.р.(+)?

- а) Антациды
- б) Антисекреторные препараты
- в) Прокинетики
- г) Спазмолитики
- д) Проведение эрадикационной антигеликобактерной терапии (+)

ПК-5

20. О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка:

- а) Лимфоцитами
- б) Плазматическими клетками
- в) Нейтрофильными лейкоцитами (+)
- г) Эозинофилами
- д) Макрофагами

ПК-6

21. Омепразол относится к группе препаратов:

- а) Адреноблокаторы
- б) М-холиноблокаторы
- в) Блокаторы H1-рецепторов
- г) Блокаторы H2-рецепторов
- д) Блокаторы протонного насоса (+)

ПК-5

22. К симптомам функциональной диспепсии относят все перечисленные, кроме:

- а) изжога (+)
- б) раннее насыщение

- в) чувство жжения в подложечной области
- г) чувство переполнения в эпигастрии после еды

ПК-5

23. К эндоскопическим признакам хеликобактерного гастрита не относят:

- а) Отек, гиперемия
- б) Внутрислизистые кровоизлияния (+)
- в) Плоские и/ или приподнятые эрозии в зоне наиболее выраженного воспаления
- г) Выраженную деструкцию поверхностного эпителия с образованием эрозий
- д) полипозный гастрит

ПК-5

24 Какова продолжительность симптомов функциональной диспепсии согласно Римским критериям III, 2006г?

- а) не менее 3 месяцев
- б) не менее 6 месяцев (+)
- в) не менее 9 месяцев
- г) не менее 12 месяцев

ПК-5

25. К числу проявлений ФД не относятся:

- а) тошнота;
- б) абдоминальные боли;
- в) чувство тяжести в эпигастрии;
- г) дисфагия.(+)

ПК-5

26. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

- а) Острого гастрита
- б) Аутоиммунного гастрита
- в) Гранулематозного гастрита
- г) Болезни Менетрие
- д) Хеликобактерной инфекции (+)

Ситуационные задачи

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача 1.

Пациент В., 53 лет, в течение 6 месяцев отмечает тупые боли в области эпигастрия после еды независимо от ее количества, ощущение чувства переполнения пищей и быстрое насыщение, периодически тошноту. Снижение аппетита. Похудела на 2 кг. Свое заболевание связывает с неприятностями на работе, переутомлением.

Какова диагностическая и лечебная тактика?

План лечения.

Составить план реабилитации пациента.

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами

Ответ: Для дифференциальной диагностики хронического гастрита, рака Желудка и дискинетического варианта функциональной (неязвенной) диспепсии необходимо:

клинический анализ крови, СОЭ, определение в крови альфа-амилазы, билирубина, глюкозы, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы. Инструментальные методы исследования: ФГДС с обязательным гистологическим и цитологическим (на НР) исследованием биоптатов, УЗИ органов брюшной полости. Больному необходимо назначить 5-6 разовое питание с ограничением жирной и острой пищи, а также прокинетики (мотилиум по 10 мг 3 раза в день, за 30 минут до еды, курсом в 10-14 дней). В случае обнаружения НР показан курс эрадикационной терапии.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача 2. Пациент К., 40 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастральной области через 2 часа после приема пищи, периодически изжогу. Боли уменьшаются после приема молочной пищи и небольшого количества соды. Болен в течение 3 месяцев, начало заболевания связывает с проблемами в семье. При осмотре патологических изменений по органам и системам не отмечено.

Предположительный диагноз.

План лечения.

Составить план реабилитации пациента.

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами

Ответ: Опираясь на данные жалоб и анамнеза заболевания, складывается впечатление о язвенноподобном варианте функциональной (неязвенной) диспепсии. Необходимо исключение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронического гастрита и дуоденита. В план обследования следует включить клинический и биохимический анализы крови, ФГДС с прицельной биопсией и цитологическим исследованием на НР, УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы. Больному следует рекомендовать диетическое питание, приближенное к столу № 1 с постепенным расширением рациона. Показаны блокаторы протонной помпы (омепразол по 20 мг 2 раза в день, утром-натощак, вечером-перед сном) и антациды (гевискон по 1 чайной ложке после еды 3 раза в день). При обнаружении *H. pylori* возможно проведение одной из эрадикационных схем в течение 7 дней (например, омепразол 20 мг 2 раза, де-нол 240 мг 2 раза и амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, клацид 500 мг, по 1т-2р/д).

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача 3. В поликлинику обратился больной Р., 30 лет, с жалобами на чувство переполнения желудка, чувство задержки пищи в желудке, чувство распирания в подложечной области, тошноту в течение последних 3 месяцев. Появление заболевания связывает с нервным стрессом.

Сформулируйте предварительный диагноз

Назначьте план дополнительных обследований.

Назначьте лечение.

Составить план реабилитации пациента.

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами

Ответ: Предварительный диагноз: Функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс-синдром. План дополнительных обследований: Клинические и биохимические анализы крови. Общий анализ кала и анализ кала на скрытую кровь.

Фиброгастроудоденоскопия с определением Н.р. Ультразвуковое исследование органов

брюшной полости. План лечения. Отказ от курения, употребления кофе. Консультация психотерапевта. Мотилиум 10 мг 3 раза в день.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача 4. Больная В., 48 лет, жалуется на чувство тяжести и распирания в эпигастрии сразу после приема пищи, пониженный аппетит, общую слабость. Более 10 лет лечилась по поводу какого-то заболевания желудка. На диспансерном наблюдении не состоит. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. За врачебной помощью не обращалась. Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

План лечения.

Составить план реабилитации пациента.

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами

Ответ: Диагноз: Хронический гастрит, в стадии обострения. Обследование: анализ крови общий, анализ мочи общий, копрограмма, кал на скрытую кровь, рН-метрия, рентген желудка, ФГДС с прицельной биопсией и цитологическим исследованием на НР, УЗИ органов брюшной полости. Дифференциальная диагностика: хронический панкреатит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка.

Контрольные вопросы

1. Определить понятие ФД. ПК-5
2. Указать основные этиологические факторы развития ФД. ПК-5
3. Назвать основные патогенетические механизмы развития ФД. ПК-5
4. Описать проявления основных клинических вариантов ФД. ПК-5
5. Перечислить критерии диагноза ФД. ПК-5
6. Указать основные заболевания и состояния, с которыми дифференцируют ФД. ПК-5
7. Перечислить пути медикаментозной коррекции нарушений гастродуоденальной моторики. ПК-5
8. Указать критерии рационального выбора антацидной терапии. ПК-6
9. Перечислить основные группы антисекреторных препаратов и механизм их действия. ПК-6
10. Стандарты оказания медицинской помощи, при функциональной диспепсии. ПК-5, ПК-6

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная литература:

1. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
лекции кафедры



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ

ПРИКАЗ № 248

22 ноября 2004 г.

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией"

В соответствии с п. 5.2.11. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898), ст. 38 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. N 5487-1 (Ведомости съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 33, ст. 1318; Собрание актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, 1993, N 52, ст. 5086; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 10, ст. 1143; 1999, N 51, ст. 6289; 2000, N 49, ст. 4740; 2003, N 2, ст. 167; N 9 ст. 805; N 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711) приказываю:

1. Утвердить стандарт медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией (приложение).
2. Рекомендовать руководителям медицинских организаций использовать стандарт медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией" при оказании медицинской помощи.

Заместитель Министра

В.И. Стародубов

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения
и социального развития РФ

от 22 ноября 2004 г. N 248

Стандарт
медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией

1. Модель пациента

1.1. Диагностика

1.2. Лечение из расчета 14 дней

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: хронический гастрит, дуоденит, диспепсия

Код по МКБ-10: [K29.4](#), [K29.5](#), [K30](#)

Фаза: обострение

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. Диагностика

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.004	Перкуссия при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.005	Аускультация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A02.12.001	Измерение частоты пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления	1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	1	1
A08.06.002	Морфологическое исследование препарата тканей желудка	0,1	1

A08.06.003	Морфологическое исследование препарата тканей двенадцатиперстной кишки	0,1	1
A09.05.003	<u>Исследование уровня общего гемоглобина в крови</u>	1	1
A09.19.002	<u>Исследование кала на скрытую кровь</u>	0,05	1
A12.05.001	<u>Исследование оседания эритроцитов</u>	0,01	1
A06.16.002	<u>Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки</u>	0,4	1
A09.16.004	<u>Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (рН)</u>	0,5	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,8	1
A04.15.001	<u>Ультразвуковое исследование поджелудочной железы</u>	0,8	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	0,1	1
A11.16.003	Биопсия 12-перстной кишки с помощью эндоскопии	0,1	1

1.2. Лечение из расчета 14 дней

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A25.16.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A25.16.002	<u>Назначение диетической терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки</u>	1	1
A25.16.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях пищевода, желудка, 12-	1	1

	перстной кишки		
--	----------------	--	--

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,8		
		Антациды	0,3		
		Алгедрат+гидроксид магния	1	40 мл	560 мл
		Прокинетики	0,7		
		Домперидон	1	30 мг	420 мг
		Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов	0,1		
		Ранитидин	0,5	300 мг	4,2 мг
		Фамотидин	0,5	40 мг	560 мг
		Блокаторы протонного насоса	0,7		
		Омепразол	0,25	20 мг	280 мг
		Рабепразол	0,25	20 мг	280 мг
Антибактериальные средства			0,3		
		Амоксициллин	0,5	2 г	14 г
		Кларитромицин	0,5	1 г	7 г
Противопаразитарные средства			0,3		
		Метронидазол	1	1 г	7 г

* - анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** - ориентировочная дневная доза

*** - эквивалентная курсовая доза

Российская гастроэнтерологическая ассоциация

Диагностика и лечение функциональной диспепсии

Методические рекомендации для врачей

Методическое пособие подготовлено сотрудниками кафедры и клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко I Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова: академиком РАМН, профессором Ивашкиным В.Т., профессором Шептулиным А.А., доцентом Лапиной Т.Л., канд. мед. наук Картавенко И.М., канд. мед. наук Киприанисом В.А., канд. мед. наук Охлобыстиной О.З., Новожиловым Н.В.

Содержание

1. [Введение](#)
2. [Определение](#)
3. [Функциональная диспепсия и хронический гастрит](#)
4. [Эпидемиология](#)
5. [Этиология](#)
6. [Патогенез](#)
7. [Диагноз и дифференциальный диагноз](#)
8. [Лечение и прогноз](#)
9. [Заключение](#)
10. [Литература](#)

1. Введение

Вопросам функциональной диспепсии в последние годы уделяется очень большое внимание. Различные аспекты этой актуальной проблемы постоянно обсуждаются в ходе проводимых ежегодно Российских гастроэнтерологических недель, детально освещаются в лекциях на сессиях Национальной Школы гастроэнтерологов.

К сожалению, значительное число практикующих врачей (в частности, врачей-терапевтов, к которым прежде всего обращаются больные с симптомами диспепсии) до сих пор не приняли концепцию о функциональной диспепсии, предпочитая пользоваться в своей работе «проверенным» диагнозом «хронический гастрит». («Мы знаем о функциональной диспепсии, — говорят обычно поликлинические врачи, — но у нас нет таких больных. У нас все больные с хроническим гастритом»).

Между тем, оба приведенных выше заболевания не противоречат друг другу и могут сочетаться (а на практике — почти всегда сочетаются) у одного и того же больного. Диагноз «хронический гастрит» — это диагноз морфологический, не имеющий, как было многократно показано, какого-либо клинического эквивалента и протекающий чаще всего бессимптомно. Диагноз «функциональная диспепсия» — 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. Правильное понимание практикующими врачами взаимоотношений между хроническим гастритом и функциональной диспепсией остается чрезвычайно важным для выработки последующей тактики обследования и лечения таких больных.

2. Определение

В настоящее время в соответствии с рекомендациями согласительного совещания Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (Римские критерии III, 2006 г.) под функциональной диспепсией понимают комплекс расстройств, включающих в себя боли и чувство жжения в подложечной области, чувство переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев) и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями (50). Подробная характеристика указанных симптомов дана в приведенной ниже таблице 1.

Таблица 1. Характеристика симптомов функциональной диспепсии

Симптомы	Определение
Боли в эпигастрии	Под эпигастрией понимается область, расположенная между мечевидным отростком грудины и пупочной областью и ограниченная справа и слева соответствующими среднеключичными линиями. Некоторые пациенты субъективно расценивают боли как чувство "повреждения тканей". Другие больные могут интерпретировать свои жалобы не как боли, а как неприятные ощущения.
Чувство жжения в эпигастрии	Представляет собой неприятное ощущение жара 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.

О функциональной диспепсии говорят в тех случаях, когда у больного отсутствуют заболевания (язвенная болезнь, опухоли, хронический панкреатит и др.), позволяющие включить их в группу органической диспепсии.

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

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.

В свою очередь, о постпрандиальном дистресс-синдроме можно вести речь в тех ситуациях, когда у больного, по меньшей мере несколько раз в неделю, после еды при приеме обычного объема пищи возникает чувство переполнения в эпигастрии или раннее насыщение. При этом постпрандиальный дистресс-синдром может сочетаться с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии.

3. Функциональная диспепсия и хронический гастрит

Диагноз «хронический гастрит» в настоящее время практически перестал существовать в зарубежной гастроэнтерологии как клинический диагноз. В западноевропейских странах этим термином сейчас пользуются только морфологи, характеризуя выраженность структурных изменений слизистой оболочки желудка (часто в связи с инфекцией [Helicobacter pylori](#) [HP]) и их прогрессирование. Если же говорить о гастроэнтерологах-клиницистах, то они в своих работах при обнаружении соответствующих клинических симптомов применяют в аналогичных ситуациях термин «функциональная диспепсия», несмотря на наличие у таких пациентов эндоскопически и гистологически подтвержденных признаков хронического гастрита.

Иная картина сложилась в нашей стране. Российские врачи стационаров и поликлиник термин «функциональная диспепсия» почти никогда не применяют, и диагноз «хронический гастрит» остается в терапевтической и гастроэнтерологической практике одним из наиболее популярных.

Из чего исходили создатели Римских критериев функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, когда при характеристике клинических симптомов, отмечающихся у таких больных, они стали применять вместо термина «хронический гастрит» термин «функциональная диспепсия» (53)? Из того, что хронические воспалительные изменения слизистой оболочки желудка сами по себе не служат - вопреки прежним представлениям — причиной возникновения диспепсических жалоб.

Хотя хронический гастрит и обнаруживается у большинства больных функциональной диспепсией, он столь же часто выявляется у лиц, не предъявляющих никаких жалоб (33), а уменьшение активности хронического гастрита после проведения эрадикации HP лишь в небольшом проценте случаев приводит к исчезновению симптомов диспепсии (55)- В свою очередь, эффективность лечения больных функциональной диспепсией антисекреторными препаратами не зависит от характера сопутствующих гастритических изменений (60). Не случайно поэтому ни одна из трех современных классификаций хронического гастрита («Сиднейская», 1990; «Хьюстонская», 1994, классификация OLGA, 2008) не содержит раздела, касающегося оценки клинических проявлений.

Произошедшая в клинической гастроэнтерологии замена диагноза «хронический гастрит» диагнозом «функциональная диспепсия» имеет как свои плюсы, так и определенные минусы. К положительным сторонам этой замены можно отнести правильное понимание природы диспепсических жалоб, отмечающихся у пациентов с хроническим гастритом, что, безусловно, способствует оптимизации проводимого лечения и улучшению его результатов; к отрицательным - отказ от оценки имеющихся у больных функциональной диспепсией морфологических изменений слизистой оболочки желудка.

Что дает врачу и больному диагноз «хронический гастрит»?

Этот диагноз несет информацию о морфологических процессах в слизистой оболочке

желудка с позиций их значения как предраковых изменений.

В настоящее время хорошо изучена последовательность структурных изменений слизистой оболочки желудка, развивающихся при ее колонизации НР (т.н. «Каскад Соггеа») (13). У больных, инфицированных НР, возникает хронический поверхностный гастрит. В дальнейшем у этих пациентов постепенно (с частотой 1-3% ежегодно) начинают прогрессировать атрофические изменения, сопровождающиеся кишечной метаплазией и приводящие в конечном итоге к развитию дисплазии эпителия - предракового состояния, способствующего развитию аденокарциномы кишечного типа.

Из 100% больных с НР-ассоциированным хроническим гастритом у 10% больных на фоне атрофических изменений развивается дисплазия эпителия, а у 1-2% пациентов - рак желудка. Показано, что колонизация слизистой оболочки желудка НР повышает риск развития рака желудка кишечного типа (некардиального) в 4-6 раз и 60-90% всех случаев рака желудка обусловлены именно этой инфекцией. Проведение эрадикационной терапии у больных хроническим гастритом дает возможность приостановить прогрессирование (а в ряде случаев — даже вызвать обратное развитие) атрофических изменений и предотвратить возникновение рака желудка.

В настоящее время широко применяется косвенная диагностика атрофических изменений слизистой оболочки фундального и антрального отделов желудка с помощью определения сывороточных маркеров: пепсиногена и гастрин-17 (т.н. «Гастропанель»). Обнаружение низкого уровня сывороточного пепсиногена (< 25 мкг/л) с высокой долей вероятности свидетельствует о наличии выраженной атрофии слизистой оболочки фундального отдела. При атрофических изменениях слизистой оболочки антрального отдела желудка выявляется низкий уровень базального и стимулированного гастрин-17, что обуславливается уменьшением количества G-клеток (4).

Таким образом, указание в диагнозе больного на наличие у него хронического гастрита (прежде всего, его атрофических форм) абсолютно необходимо, поскольку это позволяет правильно оценить риск развития рака желудка, определить показания к проведению эрадикационной терапии, включить больного в соответствующую группу диспансерного наблюдения.

Чего не дает врачу и больному диагноз «хронический гастрит»?

Во-первых, диагноз «хронический гастрит» не несет никакой информации о наличии у больного каких-либо жалоб, поскольку, как уже говорилось, в большинстве случаев хронический гастрит протекает бессимптомно. Попытка выйти из положения в таких случаях с помощью формулировки диагноза как «хронический гастрит в стадии обострения» (при наличии симптомов диспепсии) или «хронический гастрит в стадии ремиссии» (при их отсутствии) не решает проблему, поскольку обострение и ремиссия хронического гастрита - это понятия сугубо морфологические и не коррелируют с наличием или отсутствием клинических симптомов (можно иметь хронический гастрит с выраженной морфологической активностью и отсутствием каких-либо клинических симптомов и, наоборот, гистологически неактивный поверхностный хронический гастрит с выраженными диспепсическими жалобами).

Во-вторых, диагноз «хронический гастрит» не способен объяснить механизм возникновения имеющихся у больного симптомов диспепсии и, соответственно, не может помочь в выборе лекарственных препаратов, способствующих их устранению. Указанные

пробелы восполняет диагноз «функциональная диспепсия».

Что дает практикующему врачу диагноз «функциональная диспепсия» и выделение ее основных клинических вариантов?

Прежде всего, диагноз «функциональная диспепсия» позволяет правильно понять патогенез диспепсических симптомов, которые могут отмечаться у больных хроническим гастритом. &t, в свою очередь, позволяет оптимизировать лечение больных, определяя выбор тех или иных групп лекарственных препаратов.

Хронический гастрит, обнаруженный у больного при эндоскопическом исследовании (желательно, чтобы он был подтвержден при гистологическом исследовании), и клинический симптомокомплекс, свойственный функциональной диспепсии, могут и должны комбинироваться при постановке общего диагноза и шифроваться в [МКБ-10](#) с использованием рубрики как «хронический гастрит», так и рубрики «функциональное расстройство желудка», как бы это ни казалось нелогичным, на первый взгляд (например: «Хронический поверхностный антральный гастрит, ассоциированный с инфекцией НР. Катаральный дуоденит. Язвенноподобный (болевой) вариант функциональной диспепсии» или «Хронический мультифокальный атрофический гастрит, ассоциированный с инфекцией НР. Дискинетический вариант функциональной диспепсии»).

По такому пути — комбинации двух заболеваний — пошли, например, в Японии — стране, в которой отмечается наиболее высокая частота рака желудка и в которой, в отличие от европейских стран, клиницисты не отказались от диагноза «хронический гастрит». Однако в то же время японские врачи, в отличие от российских, не ограничиваются констатацией той или иной формы обнаруженного хронического гастрита, а дополняют его — при наличии клинических симптомов - указанием на соответствующий вариант функциональной диспепсии, признавая тем самым, что эти клинические симптомы не связаны с имеющимся у пациента хроническим гастритом.

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% (33, 50, 57) Эти цифры относятся к т.н. «необследованной диспепсии» (uninvestigated dyspepsia), включающей в себя как органическую, так и функциональную диспепсию.

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 (20, 42). Среди всех гастроэнтерологических жалоб, с которыми больные обращаются к этим специалистам, на долю симптомов диспепсии приходится 20-40% (28). Примерно треть пациентов с синдромом диспепсии обращается к гастроэнтерологу, меньшая часть больных - к врачам других специальностей (нутрициологам, гомеопатам, иглорефлексотерапевтам, психиатрам).

Сравнительные показатели распространенности функциональной диспепсии у мужчин и женщин, приводимые в литературе, неоднозначны. Все же в настоящее время преобладает точка зрения, что, в отличие от таких функциональных расстройств, как синдром

раздраженного кишечника (СРК), синдром функциональной абдоминальной боли, функциональные запоры и др., которые чаще встречаются у женщин, показатели распространенности функциональной диспепсии среди мужчин и женщин существенно не различаются.

Высокая распространенность синдрома диспепсии среди населения определяет и большие расходы, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких пациентов. Почти 25% больных функциональной диспепсией обращаются к врачу более 4 раз в год (29). Пациенты с функциональной диспепсией в 2,6 раза чаще берут больничный лист по сравнению с другими работниками (40) и пребывают в течение года на больничном листе на 3-4 недели больше по сравнению со средними показателями, рассчитанными для всего населения (38).

5. Этиология

Факторы, способствующие развитию функциональной диспепсии, остаются пока еще недостаточно изученными.

Определенная роль отводится наследственным факторам. 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 (10). В последние годы был проведен ряд исследований, касающихся изучения роли полиморфизма некоторых генов в развитии функциональной диспепсии. Установлено, в частности, 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 (22).

Алиментарные погрешности играют, по мнению большинства гастроэнтерологов, скромную роль в развитии функциональной диспепсии.

Все же было показано, что многие больные функциональной диспепсией 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 (20, 18).

Курение, по некоторым данным, повышает риск развития функциональной диспепсии в 2 раза (8), а его прекращение ведет, напротив, к нормализации двигательной функции желудка (25).

В последние годы было предложено выделять вариант функциональной диспепсии, этиологически связанный с перенесенной пищевой токсикоинфекцией (т.н. «постинфекционная» функциональная диспепсия). Результаты обследования 150 больных, перенесших острый инфекционный гастроэнтерит, показали, что постинфекционная функциональная диспепсия возникает у 20% пациентов (45). Полагают, что этот вариант

встречается у 17% больных функциональной диспепсией и протекает с нарушением аккомодации фундального отдела желудка, обусловленным дисфункцией NO-зависимых нейронов, а также замедлением эвакуации из желудка (14).

Важную роль в развитии функциональной диспепсии могут играть психосоциальные 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.) (33).

У больных функциональной диспепсией в анамнезе чаще выявляются элементы физического насилия в детские годы (unhappy childhood [«несчастливое детство»]), а также эпизоды сексуального принуждения. Таким пациентам в последующем свойственно более частое обращение за медицинской помощью (54).

У больных функциональной диспепсией был выявлен более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению со здоровыми, а также показана взаимосвязь с данными психопатологическими нарушениями ряда диспепсических симптомов (29, 32).

Наши собственные результаты психиатрического обследования больных функциональной диспепсией с применением шкал Бека и Гамильтона для оценки депрессии показали, что психопатологические нарушения, выявлявшиеся у всех пациентов, укладываются в картину соматоформного расстройства. У всех больных, согласно их оценке по шкалам Бека и Гамильтона, наблюдались признаки депрессии. При этом отмечался значительный удельный вес расстройств, которые считаются эквивалентами депрессии и тревоги и которые можно охарактеризовать как «депрессия без депрессии» или «маскированная депрессия» (3).

В течение длительного времени велась дискуссия о возможной роли инфекции *Helicobacter pylori* (НР) в развитии функциональной диспепсии.

Мета-анализ работ о частоте выявления НР у больных функциональной диспепсией свидетельствовал о том, что, по данным большинства авторов, инфекция НР у таких пациентов обнаруживается чаще (в 60-65% случаев), чем в контрольной группе (в 35-40% случаев) (9). Однако проведенные исследования продемонстрировали отсутствие какой-либо связи между инфекцией НР и наличием у пациентов с функциональной диспепсией 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 (55, 61).

6. Патогенез

Патогенетические звенья функциональной диспепсии включают в себя нарушения секреции соляной кислоты, расстройства гастродуоденальной моторики и изменение висцеральной чувствительности.

Роль кислотно-пептического фактора в развитии функциональной диспепсии оценивается неоднозначно. Средний уровень базальной и стимулированной секреции соляной кислоты остается у многих больных функциональной диспепсией в пределах нормы, хотя у части пациентов с язвенноподобным вариантом он может приближаться к таковому у больных

язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (15). Было выдвинуто предположение, что, возможно, у больных функциональной диспепсией имеется повышенная чувствительность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки к соляной кислоте, особенно при увеличении времени ее пребывания в двенадцатиперстной кишке (20, 43).

Эффективность ингибиторов протонной помпы у больных с язвенноподобным вариантом функциональной диспепсии подтверждает предположение о том, что по крайней мере у пациентов с данным вариантом заболевания кислотно-пептический фактор может играть важную роль в индуцировании клинических симптомов.

Наши собственные результаты изучения кислотообразующей функции желудка у больных функциональной диспепсией, полученные с помощью модифицированной [3-часовой рН-метрии](#) с определением [рН](#) в антральном отделе и теле желудка, а также в двенадцатиперстной кишке, различались между собой в группах больных с язвенноподобным и дискинетическим вариантами функциональной диспепсии (2).

Средний уровень [рН](#) в теле желудка оказался наиболее низким у больных с язвенноподобным вариантом течения заболевания, у которых он был достоверно ниже, чем у пациентов с дискинетическим вариантом, и приближался к таковому у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Кроме того, у больных с язвенноподобным вариантом функциональной диспепсии, как и у пациентов с язвенной болезнью, отмечались субкомпенсированные нарушения ощелачивающей функции антрального отдела желудка, которые отсутствовали у больных с дискинетическим вариантом.

Что же касается результатов определения [рН](#) в двенадцатиперстной кишке, то у больных с дискинетическим вариантом функциональной диспепсии даже минимальные показатели интрадуоденального [рН](#) были в 2 раза выше соответствующих минимальных значений [рН](#) в группе пациентов с язвенноподобным вариантом. Пики избыточного закисления в просвете двенадцатиперстной кишки (снижение [рН](#) < 3) встречались у больных с язвенноподобным вариантом вдвое чаще (40%), чем у пациентов с дискинетическим вариантом (20%), хотя и достоверно реже, чем у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (93%).

Таким образом, на основании полученных данных можно было сделать заключение о том, что высокая кислотная продукция и нарушение ощелачивания в антральном отделе желудка у больных с язвенноподобным вариантом функциональной диспепсии могут играть роль в возникновении основного клинического симптома - болей в эпигастральной области. В свою очередь, гипо- и анацидный тип [рН](#)-грамм у больных с дискинетическим вариантом заболевания может быть отражением не только снижения желудочной секреции, но и наличия эпизодов дуоденогастрального рефлюкса, приводящих к «защелачиванию» содержимого в просвете тела и антрального отдела желудка.

Одним из важнейших патогенетических факторов функциональной диспепсии служат различные расстройства двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, было показано, что у 40-60% больных функциональной диспепсией отмечаются нарушения [аккомодации](#) (способности фундального отдела желудка расслабляться после приема пищи), в результате чего адекватного расслабления проксимального отдела желудка после приема пищи не происходит. Это приводит к быстрому попаданию пищи в антральный отдел желудка, его растяжению и появлению чувства раннего насыщения (51,

59).

Исследования, проведенные с помощью [электрогастрографии](#), показали, что у 36-66% больных функциональной диспепсией обнаруживаются нарушения миоэлектрической активности желудка, проявляющиеся тахи- и брадикастрией (12, 31). К другим нарушениям двигательной функции желудка, обнаруживаемым у больных функциональной диспепсией, относятся ослабление моторики антрального отдела желудка, а также нарушения антродуоденальной координации (синхронного расслабления привратника при сокращении антрального отдела желудка), что имеет своим следствием замедление опорожнения желудка и появление чувства переполнения в подложечной области (14, 31, 44, 48).

Существенное место в патогенезе функциональной диспепсии занимает повышенная чувствительность рецепторного аппарата стенки желудка и двенадцатиперстной кишки к растяжению (т.н. висцеральная гиперчувствительность). Было показано, что у больных функциональной диспепсией боли в эпигастральной области возникают при значительно меньшем повышении внутрижелудочного давления по сравнению со здоровыми лицами (53). Висцеральная гиперчувствительность выявляется у 34-65% больных функциональной диспепсией и коррелирует с выраженностью симптомов диспепсии (11, 24, 27, 52).

У разных больных функциональной диспепсией в качестве ведущих звеньев патогенеза могут выступать различные факторы. Так, у многих пациентов с болевым (язвенноподобным) вариантом заболевания основным фактором, вызывающим боли в эпигастрии, следует считать гиперсекрецию соляной кислоты. При дискинетическом варианте таким фактором могут служить изменения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, а также висцеральной чувствительности. Выделение ведущего патогенетического звена у каждого больного функциональной диспепсией является очень важным, поскольку оно определяет и основное направление последующего лечения.

7. Диагноз и дифференциальный диагноз

Анализируя приводившиеся выше диагностические критерии функциональной диспепсии, необходимо отметить их главную особенность: они не являются специфичными для функциональной диспепсии и могут встречаться при многих других заболеваниях. Поэтому диагноз функциональной диспепсии - это диагноз исключения, который может быть поставлен только после тщательного обследования больного.

В табл.2 представлены основные заболевания, входящие в группу органической диспепсии, которые необходимо исключать при постановке диагноза функциональной диспепсии.

Таблица 2. Заболевания, входящие в группу органической диспепсии (20)

Эндогенные заболевания	Частые
	<ul style="list-style-type: none">язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишкигастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
	Менее частые

	<ul style="list-style-type: none"> • заболевания желчевыводящих путей • хронический панкреатит <p>Редкие</p> <ul style="list-style-type: none"> • злокачественные опухоли желудка, поджелудочной железы, толстой кишки • другие инфильтративные поражения желудка • синдром мальабсорбции • сосудистые мальформации
<p>Экзогенные поражения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • лекарственные (нестероидные противовоспалительные препараты [НПВП], антибиотики, теофиллин, препараты наперстянки, железа) • алкоголь <p>Другие</p> <ul style="list-style-type: none"> • сахарный диабет • гипер- или гипотиреоз • гиперпаратиреоз • электролитные нарушения • заболевания соединительной ткани • заболевания печени

Говоря о необходимости проведения дифференциального диагноза между функциональной диспепсией и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), необходимо помнить и о частом сочетании между собой этих двух заболеваний. В последних Римских критериях III было подчеркнуто, что наличие ГЭРБ не исключает диагноза функциональной диспепсии, особенно если симптомы, свойственные синдрому боли в эпигастрии и постпрандиальному дистресс-синдрому, сохраняются после курса антисекреторной терапии (50).

В ряде случаев возникают сложности при проведении дифференциального диагноза между функциональной диспепсией и глютенковой энтеропатией (целиакией). Мета-анализ 15 исследований, посвященных возможной связи функциональной диспепсии и целиакии, позволил сделать вывод, что частота серологических маркеров целиакии (антител к глиадину, эндомизию и тканевой трансглутаминазе) у больных с синдромом диспепсии составила 7,9% и превышала (правда, статистически недостоверно) соответствующие показатели в контрольной группе (3,9%). По мнению авторов, эти результаты свидетельствуют о целесообразности включения целиакии в круг дифференциально-диагностического поиска у больных с симптомами диспепсии (17).

Синдром диспепсии может встречаться у больных сахарным диабетом (чаще всего вследствие диабетического [гастропареза](#)), системной склеродермией, пациентов с инфильтративными поражениями желудка (при болезни Менетрие, болезни Крона, амилоидозе, саркоидозе), а также при приеме лекарственных препаратов (в первую очередь, при НПВП-ассоциированной гастропатии), алкогольной гастропатии,

хронической сердечной недостаточности (конгестивная гастропатия), хронической почечной недостаточности, гипер- и гипотиреозе, гиперпаратиреозе, хронической надпочечниковой недостаточности, лучевой болезни, постваготомических расстройств и других заболеваниях, а также при беременности.

В числе заболеваний, требующих проведения дифференциального диагноза с функциональной диспепсией, часто упоминается и идиопатический гастропарез. Этим термином обозначают функциональное расстройство желудка, в основе которого лежит нарушение эвакуаторной функции желудка и которое проявляется чувством переполнения в подложечной области, тошнотой и повторными эпизодами рвоты. Данное заболевание чаще всего встречается у женщин молодого возраста. Нарушение эвакуаторной функции желудка может быть у них нередко обусловлено психопатологическими факторами (в частности, скрыто протекающей депрессией).

В Римских критериях II (1998 г.) тошнота рассматривалась как симптом функциональной диспепсии. Однако в Римских критериях III этот симптом — с учетом его обычно центрального или психогенного происхождения — выделен в самостоятельную рубрику функциональных гастродуоденальных расстройств, именуемую хронической идиопатической тошнотой. В качестве других функциональных гастродуоденальных расстройств в Римских критериях III приводятся также функциональная рвота, синдром циклической рвоты, [аэрофагия](#), чрезмерная отрыжка и синдром руминации (50).

О синдроме хронической идиопатической тошноты принято говорить в тех случаях, когда у больных на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев несколько раз в неделю возникает неприятное ощущение тошноты, обычно не сопровождающееся рвотой, и при этом не удается выявить серьезных изменений при гастродуоденоскопии или метаболических заболеваний. Хроническая идиопатическая тошнота может сочетаться с синдромом функциональной диспепсии.

Диагноз функциональной рвоты устанавливается при наличии у больного на протяжении последних 3 месяцев (при общей продолжительности жалоб более 6 месяцев) одного или большего числа эпизодов рвоты в неделю и отсутствии признаков руминации, других нарушений, связанных с приемом пищи, и серьезных психических заболеваний, а также рвоты, искусственно вызываемой самим больным, заболеваний центральной нервной системы или метаболических нарушений.

Диагностические критерии синдрома циклической рвоты включают в себя стереотипные эпизоды рвоты с острым началом и продолжительностью менее 1 недели, возникающие 3 и более раз на протяжении последнего года при отсутствии в промежутках между этими эпизодами тошноты и рвоты. Дополнительным критерием служит семейный анамнез с наличием у родственников больного головных болей по типу мигрени. Диагноз ставится после исключения органических причин нарушения эвакуации из желудка (гастропареза, синдрома тонкокишечной псевдообструкции и др.), а также метаболических нарушений и заболеваний центральной нервной системы.

Под аэрофагией понимают беспокоящие больного эпизоды повторной отрыжки, возникающие несколько раз в неделю и сопровождающиеся объективными признаками заглатывания воздуха, отмечающиеся в течение последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев. Неспецифическая чрезмерная отрыжка отличается от аэрофагии отсутствием объективных признаков заглатывания воздуха. Она может сочетаться с функциональной диспепсией, возникая на фоне повышенной

чувствительности стенки желудка к растяжению.

Синдром руминации представляет собой постоянно существующую или периодически возникающую регургитацию пищи в полость рта с последующим оплевыванием или повторным пережевыванием и глотанием.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) часто упоминается в перечне заболеваний, которые следует дифференцировать с функциональной диспепсией. Однако, учитывая, что клиническая картина СРК существенно отличается от таковой при функциональной диспепсии (наличием связи болей в животе с актом дефекации, после которого боли исчезают или уменьшаются, а также обнаружением обязательных нарушений функции кишечника в виде запоров, диареи или чередования запоров и диареи), правильнее говорить не о дифференциальном диагнозе функциональной диспепсии и СРК, а о частом сочетании между собой этих двух функциональных заболеваний, имеющих общие механизмы патогенеза.

При сочетании функциональной диспепсии и СРК у больных чаще всего отмечается дискинетический вариант функциональной диспепсии и обстипационный вариант СРК. При их дальнейшем течении в разные периоды у одного и того же больного на передний план в клинической картине могут выступать попеременно то симптомы СРК, то симптомы функциональной диспепсии.

Функциональная диспепсия часто сочетается и с другими функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта: функциональной изжогой, функциональным метеоризмом, функциональными запорами, функциональной диареей, синдромом функциональной абдоминальной боли.

Нередким является также сочетание функциональной диспепсии с различными «негастроэнтерологическими» функциональными синдромами: хроническими тазовыми болями, болями в грудной клетке некардиального происхождения, головными болями напряжения, синдромом фибромиалгии, синдромом хронической усталости и др. (39).

Методы исследования, применяемые при постановке диагноза функциональной диспепсии и проведении дифференциального диагноза, можно разделить на основные, которые следует проводить у всех больных с синдромом диспепсии, и дополнительные, применение которых определяется специальными показаниями.

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 с 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 тоне 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 функциональной диспепсии 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 похудания, крови в стуле, анемии, лейкоцитоза, повышения СОЭ и др.), обнаружение которых исключает диагноз «функциональная диспепсия» и требует проведения тщательного обследования для исключения серьезного органического заболевания.

8. Лечение и прогноз

Лечение больных функциональной диспепсией включает в себя общие мероприятия по нормализации образа жизни и характера питания, применение лекарственных препаратов, а в ряде случаев - и психотерапевтических методов лечения.

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 функциональной диспепсии, анализ роли алиментарных факторов (желательно на основании ведения пациентом «пищевого дневника») и др. Выполнение данных рекомендаций способствует значительному повышению эффективности лечения.

Больным функциональной диспепсией 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. Хотя больные функциональной диспепсией нередко прибегают к приему антацидных препаратов, контролируемые исследования не подтвердили их более высокой эффективности по сравнению с плацебо (16, 57).

Широкое применение в лечении функциональной диспепсии находят антисекреторные препараты. Результаты нескольких мета-анализов большого числа работ, посвященных применению [H2-блокаторов](#) у больных функциональной диспепсией, свидетельствовали о

достоверно более высокой эффективности H2-блокаторов по сравнению с [плацебо](#) (5, 37). При этом показатель NNT (number needed to treat [число больных, которых нужно пролечить, чтобы у одного пациента исчезли жалобы]) был равным 8 (50).

[Ингибиторы протонной помпы](#) оказались более эффективными в лечении больных функциональной диспепсией, нежели блокаторы H2-рецепторов гистамина. Мета-анализ 7 работ, включавших в общей сложности 3241 больного функциональной диспепсией, свидетельствовал о достоверно более высокой эффективности ингибиторов протонной помпы по сравнению с плацебо (соответственно, у 33% и 23% больных). При этом показатель NNT составил 7 (36).

Ингибиторы протонной помпы эффективны, главным образом, при болевом (язвенноподобном) варианте функциональной диспепсии (особенно при ночных болях), при сочетании функциональной диспепсии и ГЭРБ, у больных с избыточной массой тела, но мало помогают при дискинетическом варианте (36, 56, 58). Ингибиторы протонной помпы применяют обычно в стандартных дозировках, однако в резистентных случаях они могут быть назначены и в более высоких дозах (50).

Целесообразность проведения эрадикации инфекции НР у больных функциональной диспепсией длительное время ставилось под сомнение. Проведенный мета-анализ 13 работ, включавших 3168 пациентов с функциональной диспепсией, позволил сделать заключение, что эффективность эрадикационной терапии в отношении устранения диспепсических жалоб составила 36% и практически не отличалась от эффективности плацебо (30%). При этом показатель NNT равнялся 17 (35). Таким образом, эрадикационная терапия способствует исчезновению клинических симптомов у сравнительно небольшого числа больных.

Тем не менее, рекомендации международного согласительного совещания «Маастрихт-III» (2005 г.) предусматривают проведение эрадикации инфекции НР у больных функциональной диспепсией (особенно в странах с высокой инфицированностью населения), которая - даже в случае сохранения диспепсических жалоб — способствует снижению риска возникновения у больных язвенной болезни и рака желудка (41).

В соответствии с рекомендациями указанного согласительного совещания схемой эрадикации 1-й линии остается комбинация, включающая в себя [блокаторы протонной помпы](#) (в удвоенных дозах), [кларитромицин](#) (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) и [амоксциллин](#) (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки) (7). При этом внесена существенная поправка, согласно которой эта схема не должна назначаться, если устойчивость НР к кларитромицину в данном регионе превышает 20% (напомним, в России она составляет около 15%). Кроме того, эффективность эрадикации при применении 14-дневного курса лечения оказывается на 9-1296 выше, чем при проведении этого курса в течение 7 дней. Рекомендации согласительного совещания допускают, тем не менее, проведение 7-дневных курсов эрадикации, если в данном конкретном регионе они дают хороший результат.

Протокол эрадикационной терапии предполагает обязательный контроль ее эффективности, который проводится через 4-6 недель после окончания. При сохранении НР в слизистой оболочке желудка показано проведение повторного курса эрадикационной терапии с применением другой схемы (например, квадротерапии) с последующим контролем его эффективности также через 4-6 недель.

Схема квадротерапии, являющаяся схемой 2-й линии, но в настоящее время разрешенная для применения и в качестве схемы 1-й линии, предполагает назначение (также в течение 10-14 дней) комбинации, включающей в себя блокаторы протонной помпы (в удвоенных дозах), [тетрациклин](#) (в дозе 0,5 г 4 раза в сутки), [метронидазол](#) (по 0,5 г 2 раза в сутки) и препараты висмута (например, [висмута трикалия дицитрат](#) в дозе 0,24 г 2 раза в сутки). Применение этой схемы бывает успешным и при наличии штаммов, резистентных к метронидазолу.

В случаях неэффективности схем эрадикации 1-й и 2-й линий согласительное совещание «Маастрихт-III» предлагает практикующему врачу несколько приемлемых вариантов дальнейшей терапии. Поскольку к амоксициллину в процессе его применения не вырабатывается устойчивости штаммов НР, возможно его повторное назначение в высоких дозах (750 мг 4 раза в сутки) в комбинации с высокими (4-кратными) дозами блокаторов протонной помпы. Другим вариантом может быть замена метронидазола в схеме квадротерапии [фуразолидоном](#) (в дозе 100-200 мг 2 раза в сутки). Альтернативой служит применение комбинации блокаторов протонной помпы с амоксициллином и [рифабутином](#) (в дозе 300 мг в сутки) или [левофлоксацином](#) (в дозе 500-1000 мг в сутки).

Вариантом резервной терапии служит и т.н. «последовательный» (sequential) курс эрадикации, предполагающий назначение в течение первых 5 дней [рабепразола](#) (20 мг 2 раза в сутки) и амоксициллина (1000 мг 2 раза в сутки) с подключением к этой комбинации в течение последующих 5 дней еще и кларитромицина (500 мг 2 раза в сутки) (7).

Важная роль нарушений двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе функциональной диспепсии послужила основанием для применения [прокинетики](#) (препаратов, стимулирующих моторику желудочно-кишечного тракта) в лечении таких пациентов. Мета-анализ 10 работ свидетельствовал о более высокой эффективности прокинетики при лечении функциональной диспепсии по сравнению с H₂-блокаторами и плацебо (5). Более поздний мета-анализ, обобщивший результаты 14 исследований, включавших 1053 больных функциональной диспепсией, позволил сделать заключение, что эффективность прокинетики в лечении этого заболевания составила 61%, что значительно превышало эффективность плацебо (41%). Показатель NNT при лечении прокинетики оказался равным 4 (34).

В настоящее время для лечения функциональной диспепсии в качестве прокинетики применяются антагонисты допаминовых рецепторов ([метоклопрамид](#), [домперидон](#)) и новый прокинетики препарат с комбинированным механизмом действия - [итоприда гидрохлорид](#).

Эффективность применения метоклопрамида и домперидона при функциональной диспепсии была подтверждена в целом ряде работ. В то же время серьезные побочные эффекты, возникающие нередко (в 25-30% случаев) при применении метоклопрамида — экстрапирамидные нарушения (мышечный гипертонус, спазм лицевой мускулатуры, гиперкинезы), нежелательные побочные явления со стороны центральной нервной системы (головная боль, головокружение, сонливость, беспокойство, депрессия и др.), а также гормональный эффект (гиперпролактинемия, галакторея, нарушения менструального цикла, гинекомастия), значительно ограничивают применение данного препарата.

Новый прокинетики препарат с комбинированным механизмом действия итоприда гидрохлорид

(ганатон) является одновременно антагонистом допаминовых рецепторов и блокатором ацетилхолинэстеразы. Препарат активирует освобождение ацетилхолина и препятствует его деградации.

Как показали экспериментальные и клинические исследования, итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику желудка и ускоряет его опорожнение. Кроме того, препарат оказывает противорвотный эффект, который реализуется благодаря взаимодействию с D2-допаминовыми хеморецепторами триггерной зоны.

Результаты крупного рандомизированного плацебо-контролируемого исследования эффективности применения итоприда гидрохлорида при функциональной диспепсии свидетельствовали о том, что через 8 недель лечения клинические симптомы диспепсии полностью исчезли или значительно уменьшились у 57%, 59% и 64% больных, получавших итоприда гидрохлорид (соответственно, в дозах 50, 100 и 200 мг 3 раза в сутки), что достоверно превышало эффект плацебо (41%) (21).

Высокая эффективность итоприда гидрохлорида при лечении больных функциональной диспепсией, в том числе и в сравнительных исследованиях с метоклопрамидом, домперидоном и мозапридом, была продемонстрирована и другими авторами (6, 26, 46).

Наши собственные результаты применения итоприда гидрохлорида в дозе 50 мг 3 раза в сутки в течение 4 недель свидетельствовали о том, что препарат способствует полному исчезновению жалоб у 46,6% больных функциональной диспепсией и значительному уменьшению их выраженности у 47,3% пациентов. При этом итоприда гидрохлорид оказывал хороший эффект и в отношении других функциональных гастроэнтерологических жалоб (тошноты, изжоги, метеоризма, нарушений стула), часто сопутствующих функциональной диспепсии (1).

Прокинетики из группы агонистов 5-НТ4-рецепторов, способствующие освобождению ацетилхолина за счет активации определенного подтипа серотониновых рецепторов (5-НТ4-рецепторов), локализованных в нейронных сплетениях мышечной оболочки желудка и кишечника, цизаприд и тегасерод, первоначально продемонстрировавшие хороший эффект при лечении функциональной диспепсии, в настоящее время отозваны с фармацевтического рынка из-за выявленного при их применении повышенного риска возникновения серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы.

Другие группы препаратов: агонисты 5-НТ1-рецепторов (бушпирон, суматриптан), улучшающие аккомодацию желудка после приема пищи, агонисты мотилиновых рецепторов (алемцинал, митемцинал, атилмотин и др.), мотилиноподобный пептид грелин (агонист грелиновых рецепторов), аналог гонадотропин-рилизинг гормона леупролид, агонисты каппа-рецепторов (федотоцин, азимадолин), снижающие висцеральную чувствительность, и др., - находятся сейчас на стадии клинического изучения.

Известный специалист в области лечения функциональной диспепсии G.Holtmann составил сводную таблицу, в которой представил сравнительную характеристику фармакологических свойств различных прокинетиков (табл. 3) (19).

Таблица 3. Сравнительная характеристика фармакологических свойств различных прокинетиков

препаратов (прежде всего ингибиторов протонной помпы) в стандартных дозах. Больным с постпрандиальным дистресс-синдромом (дискинетическим вариантом) показан прием прокинетики, в частности, итоприда гидрохлорида (Ганатона) в дозе 50 мг 3 раза в сутки. Продолжительность основного курса должна составлять, в среднем, около 4 недель. В последующем в зависимости от самочувствия пациентов, наличия или отсутствия рецидивов симптомов диспепсии выбирается индивидуальная схема поддерживающей терапии (в режиме «по требованию», постоянная поддерживающая терапия в половинных дозах и т.д.). Хотя эрадикационная терапия и не способствует сама по себе устранению диспепсических симптомов, целесообразность ее проведения, как уже указывалось выше, диктуется замедлением прогрессирования сопутствующего хронического гастрита, снижением риска возникновения язвенной болезни и рака желудка.

При сохранении диспепсических симптомов на фоне приема антисекреторных препаратов и прокинетики необходима повторная тщательная оценка имеющихся данных и решение вопроса о целесообразности более углубленного обследования. При подтверждении первоначального диагноза функциональной диспепсии может ставиться вопрос о дополнительной консультации психиатра и назначении психофармакологического или психотерапевтического лечения (20).

Течение функциональной диспепсии 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 функциональной диспепсией не отличается от такового у лиц, не имеющих диспепсических симптомов (30, 57).

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 (20).

9. Заключение

Анализ литературы, посвященной патофизиологическим и клиническим аспектам функциональной диспепсии, показывает, что эти вопросы пока еще очень далеки от своего окончательного решения. Противоречивость в оценках роли отдельных этиологических и патогенетических факторов в развитии заболевания, недостаточная эффективность применяющихся методов лечения связаны, по-видимому, с тем, что группа больных функциональной диспепсией является неоднородной как в патогенетическом, так и в клиническом отношении и что выделение двух ее основных клинических форм — синдрома боли в эпигастрии (язвенноподобного варианта) и пост-прандиального дистресс-синдрома (дискинетического варианта) - не исчерпывает всего многообразия клинических симптомов данного заболевания.

Пока еще не получила должной оценки высокая частота сочетания функциональной диспепсии с другими функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (в первую очередь, с синдромом раздраженного кишечника, функциональной изжогой, синдромом функциональной абдоминальной боли), с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, другими «негастроэнтерологическими» функциональными синдромами. Помимо поиска общности этиологических и патогенетических факторов при формировании таких сочетанных форм, необходима разработка и специальных методов

обследования и лечения таких больных.

Недостаточно изучены вопросы течения и прогноза функциональной диспепсии, в частности, возможная связь этого заболевания (прежде всего, синдрома боли в эпигастрии) с развитием язвенной болезни и других заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Очевидно, что продолжение интенсивных научных исследований патофизиологических и клинических аспектов проблемы функциональной диспепсии позволит в ближайшем будущем лучше понять причины и механизмы возникновения этого частого заболевания и откроет новые возможности его успешного лечения.

10. Литература

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. Эффективность применения ганатона (итоприда гидрохлорида) в лечении больных функциональной диспепсией - Фарматека. - 2009-- №13. - С.50-54.
2. [Картавенко И.М. Морфо-функциональная оценка двенадцатиперстной кишки у лиц с функциональной диспепсией. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2008. - 23 с.](#)
3. [Охлобыстина О.З. Некоторые особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения синдрома функциональной диспепсии. Автореф. дисс. канд. мед. наук - М., 2007. - 24 с.](#)
4. Пюрвеева К.В., Лапина Т.Л., Ивашкин В.Л. и др. Значение сывороточных показателей пепсиногена I, пепсиногена II и гастрина-17 в диагностике атрофического гастрита // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2005. - №3. - С.48-51.
5. Allescher H.D., Bockenhoff A, Knapp G. et al. Treatment of non-ulcer dyspepsia: a meta-analysis of placebo-controlled prospective studies // Scand.J.Gastroenterol. - 2001. - Vol.36. - P.934-941.
6. Amarapurkar D.N., Rank P. Randomized, double-blind, comparative study to evaluate the efficacy and safety of ganaton (itopride hydrochloride) and mosapride citrate in the management of functional dyspepsia // J.Indian Med.Assoc. - 2004. - Vol.102. - P.735-760.
7. Bazolli F. Choice of first line treatments to optimise eradication // H.pylori resistance and management strategies. -World Congress of Gastroenterology. - Montreal, 2005 (oral presentation).
8. Boekema P.J., van Dam E.F., Bots M.L. et al. Associations between use of alcohol, coffee and smoking and functional bowel symptoms in the general dutch population // DDW - New Orleans, 1998. -Abstract A1070.
9. Buckley M., O'Morain C Prevalence of Helicobacter pylori in non-ulcer dyspepsia // Aliment. Pharmacol.Ther. - 1995. - V0I.9. - Suppl.2. - P.53-58.
10. Buonavolonta R, Goccorullo P., Boccia G. et al. Familial aggregation in children affected by functional gastrointestinal disorders // Gut. - 2008. - Vol.57. ~ Suppl.II. - P. A3.
11. Caldarella M.P., Azpiroz F., Malagelada J.-R. Antro-fundic dysfunction in functional dyspepsia // Gastroenterology. - 2003. -Vol.124. - P.1202-1229.
12. Camilleri M., Hasler W.I., Parkman H.P. et al. Measurement of gastrointestinal motility in the GI laboratory. - Gastroenterology. - 1998. -Vol.115. - P.747-762.
13. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process - First American Cancer Society award lecture on gastric cancer epidemiology and prevention // Cancer Res. - 1992. - Vol.52. - P.7635-7640.
14. Corsetti M., Tack J. Mechanisms of functional dyspepsia and its relation to IBS //

- Irritable bowel syndrome. Diagnosis and treatment (Ed. Camilleri M., Spiller M.C.). - W.B.Saunders. - London. - 2002. - P.117-126.
15. El-Omar E., Penman I., Ardill J.E. et al. A substantial proportion of non-ulcer dyspepsia patients have the same abnormality of acid secretion as duodenal ulcer patients. - *Gut*. - 1995. - Vol.36. -P-534-538.
 16. Feinle-Bisset C, Vozzo R., Horowitz M., Talley N.J. Diet, food intake and disturbed physiology in the pathogenesis of symptoms in functional dyspepsia // *Amer.J.Gastroenterol.* - 2003. - Vol.99. ~ P.170-181.
 17. Ford F.C. Ching E., Moayyedi P. Meta-analysis of diagnostic tests for coeliac disease in dyspepsia // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2009. - Vol. 30. - P.28-36.
 18. Fiihrer M., Vogelsang M., Hammer J. A double blind, placebo controlled study of the oral capsaicin test in patients with functional dyspepsia // *Gut*. - 2008. - Vol.57. - Suppl. II. - P.A.38.
 19. Holtmann G. Understanding functional dyspepsia & its treatment with itopride // *Medical Tribune*. - 2006. - 1-15 Nov.
 20. Holtmann G., Talley N.J. Clinician's manual on managing dyspepsia. - Life Science Communications. - London, 2000. - 88 p.
 21. Holtmann G., Talley N.J., T.Liebregts et al. A placebo-controlled trial of itopride in functional dyspepsia // *N.Engl. J. Med.* -2006. - Vol.354. - P- 832-840.
 22. Holtmann G., Talley N.J. Hypothesis driven research and molecular mechanisms in functional dyspepsia: the beginning of a beautiful cooperation in research and practice? // *Amer.J.Gastroenterol.* - 2006. - Vol.101. - P.593-595.
 23. Jackson J.L., O'Malley P.G., Tomkins G. et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis // *Amer.J.Med.* - 2000. - Vol.108. - P.65-72.
 24. Jones M.P., Ebert Ch.C. Bloating and somatosensory amplification in functional dyspepsia (FD) // *Amer.J.Gastroenterol.* - 2003. - Vol.98. - P.63-64.
 25. Kadota K., Takeshima F., Yoda A. et al. Effect of smoking cessation on gastric emptying in smokers // *Gut*. - 2008. - Vol.57. - Suppl. II. - P.A2.
 26. Kanath S. Comparative evaluation of the efficacy and tolerability of itopride and metaclopramide in patients with non-ulcer dyspepsia // *JAMA-India*. - 2003. - Vol.2. - P.95-98.
 27. Keohane J., Quigley E.M.M. Functional dyspepsia: The role of visceral hypersensitivity in its pathogenesis // *World J.Gastroenterol.* - 2006. - Vol.12. - P.2672-2676.
 28. Knill-Jones R.P. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia // *Scand. J.Gastroenterol.* - 1991 - Vol. 26. - Suppl.182. - P.-17-24.
 29. Koloski N.A., Talley N.J., Boyce Ph.M. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study // *Amer.J.Gastroenterol.*- 2002.-Vol.97. - P.2290-2299.
 30. Lapidus L., Andersson S., Bengtsson G., Kilander A. Prognosis of dyspepsia in women - a 24-year follow-up of a population sample // *Gut*. -2002. - Vol.34. - Suppl.II. - P.A106.
 31. Lin Z., Eaker E.Y., Sarosiek I., McCallum R. Gastric myoelectrical activity and gastric emptying in patients with functional dyspepsia // *Amer.J.Gastroenterol.* - 1999. - Vol.94. - P.2384-2389.
 32. Locke G.R., Weaver A.L., Melton L.J., Talley N.J. Psychological factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. - *Amer.J.Gastroenterol.* -2004. - Vol.99. - P-350-357-
 33. McQuaid K.R. Dyspepsia // *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease* (Ed.: M.Feldmanetal.), 7th ed. - Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo, 2002. - P.102-118.
 34. Moayyedi P., Soo S., Deeks J. et al. Systemic review: Antacids, H2-receptor antagonists, prokinetiks, bismuth and sucralfate therapy for non-ulcer dyspepsia // *Aliment*,

- Pharmacol. Ther. - 2003. - Vol 17. - P.1215-1227.
35. Moayyedi P., Deeks J., Talley N.J. et al. An update of the Cochrane systematic review of Helicobacter pylori eradication therapy in nonulcer dyspepsia: resolving the discrepancy between systematic reviews // Amer. J. Gastroenterol. - 2003. - Vol.98. - P.2621-2626.
 36. Moayyedi P., Delaney B.C., Vakil N. The efficacy of proton pump inhibitors in non-ulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis // Gastroenterology. - 2004. - Vol.127. ~ R1329-1337.
 37. Monkemüller K., Malfertheiner P. Drug treatment of functional dyspepsia // World J. Gastroenterol. - 2006. - Vol.12. - P.2694-2700.
 38. Müller-Lissner S., Koelz H.R Dyspepsiefibel. - Berlin-Heidelberg-New York. - 1991. - 67 S.
 39. Nimmuan C, Rabe-Hesketh S., Wessely S., Hotopf M. How many functional somatic syndromes? // J. Psychosom. Res. - 2001. - Vol.51. - P.549-557.
 40. Nyren O., Adami H.-O, Gustavsson S. et al. Social economic effects of non-ulcer dyspepsia // Scand. J. Gastroenterol. - 1985. - Vol.20. - SUPPL.109. - P.41-45.
 41. O'Morain C Indications for Helicobacter pylori infection eradication // Maastricht-3 Guidelines for Helicobacter pylori infection. - 13. United European Gastroenterology Week. - Copenhagen. - 2005 (oral presentation).
 42. Peura D. Meeting expectations in FD: clinical and regulatory objectives. Clinician's viewpoint // Functional dyspepsia: current evidence and cutting edge outcomes. - Abstract book. - Montreal, 2005. - P.16-18
 43. Samson M., Verhagen M.A., van Berge-Henegouwen G.P. et al. Abnormal clearance of exogenous acid and increased acid sensitivity of the proximal duodenum in dyspeptic patients. - Gastroenterology. - 1999. - Vol.116. - P.515-520.
 44. Sarnelli G., Caenepeel Ph., Geypens B. et al. Symptoms associated with impaired gastric emptying of solids and liquids in functional dyspepsia // Amer. J. Gastroenterol. - 2003. - Vol.98. - P.783-788.
 45. Sarnelli G., De Giorgi F., Atteo E. et al. Frequency, symptom evolution and pathophysiological correlates in prospectively identified patients with postinfectious dyspepsia // DDW - New Orleans, 2010. - Abstract M2010.
 46. Sawant P., Das H.S., Desai N. et al. Comparative evaluation of the efficacy and tolerability of itopride hydrochloride and domperidone in patients with non-ulcer dyspepsia // JAPI. - 2004 - Vol.52. - P.626-628.
 47. Soo Sh., Forman D., Delaney C, Moayyedi P. A systemic review of psychological therapies for nonulcer dyspepsia // Amer. J. Gastroenterol. - 2004. - Vol.99. - P.1817-1822.
 48. Stanghellini V, Tosetti C, Paternico A et al. Risk indicators of delayed gastric emptying of solids in patients with functional dyspepsia // Gastroenterology. - 1996. - Vol.110. - P.1036-1042.
 49. Tack J. New therapeutic targets for FD: what, how and whom? // Functional dyspepsia: current evidence and cutting edge outcomes. - Abstract book. - Montreal, 2005. - P.22-24.
 50. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. - 2006. - Vol.130. - P. 1466-1479.
 51. Tack J. Piessevaux H., Coulie B et al. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia // Gastroenterology. - 1998. - Vol.115. - R1346-1352.
 52. Tack J., Caenepeel P., Fischler B. et al. Symptoms associated with hypersensitivity to gastric distension in functional dyspepsia // Gastroenterology. - 2001. - Vol.121. - P.526-535
 53. Talley N.J. and the working team for functional gastroduodenal disorders. Functional gastroduodenal disorders // In: The functional gastrointestinal disorders. - Boston - New York-Toronto-London, 1994. - P.71-113.

54. Talley N.J., Helgeson S.L., Zinsmeister A.R. et al. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based-study // *Gastroenterology*. - 1994. -Vol.107. ~ P.1040-1049.
55. Talley N.J., Janssens L., Lauritsen K. et al. Eradication of *Helicobacter pylori* in functional dyspepsia: randomised double blind placebo controlled trial with 12 month follow up // *Br.Med.J.* -1999. - Vol.318. - P.833-837.
56. Talley N.J., Meineche-Schmidt V, Pare P. et al. Efficacy of omeprazole in functional dyspepsia: double-blind, randomized, placebo-controlled trials (the Bond and Opera studies) // *Aliment. Pharmacol. Ther.*-1998.-Vol.12.-P.1055-1065.
57. Talley N.J., Stanghellini V, Heading R.C. et al. Functional gastroduodenal disorders // Rome II. The Functional Gastrointestinal Disorders (Ed D.A.Drossman).- 2. Edition. - Allen Press. - 2000. -P.299-350.
58. Tominaga K., Suzuki H., Umegaki E. et al. Rabeprazole improves the symptoms of functional dyspepsia - a double-blind randomized placebo-controlled multi-center trial in Japan: The CAESAR study // *DDW - New Orleans, 2010*. - Abstract 383.
59. Van Lelyveld N., Scheffer R., Mundt M., Samson M. Partial gastric volumes and upper abdominal sensations in functional dyspeptic and GERD patients: a 3D ultrasonographic study // *Amer.J.Gastroenterol.* - 2006. -Vol.101. - P.1845-1852.
60. Warrwewijk C.J., Van Oijen M.G.H., Paloheimo L.I. et al. Influence of gastric mucosal status on success of stepwise acid suppressive therapy for dyspepsia // *Aliment.Pharmacol.Ther.* - 2009. -Vol.30. - P.82-89.
61. Wilhelmsen I., Haug T., Sipponen P., Berstad A. *Helicobacter pylori* in functional dyspepsia // *Scand.J.Gastroenterol.* - 1994. - Vol.29. - P-522-527.