

УДК: 616.33-009-02.615.85

# Функциональная диспепсия

И.Л. Кляритская, М.Г. Курченко

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,  
Симферополь

**Ключевые слова:** диспепсия, функциональная, диагностика, лечение

Согласно Римским критериям II (1999), под термином «диспепсия» понимают ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, чувство раннего насыщения), локализованное в собственно эпигастральной области.

Понятие о диспепсии с течением времени значительно изменилось: если в 30-40 гг. XX века этим термином обозначали расстройство процессов пищеварения преимущественно на уровне кишечника (бродильная, гнилостная диспепсия), то в 1991 году, согласно определению Talley, в понятие диспепсии включали боли или дискомфорт в эпигастральной области, связанные или не связанные с приемом пищи, чувство переполнения после еды, чувство раннего насыщения, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, непереносимость жирной пищи. Последнее определение термина «диспепсия» предусматривает более точную локализацию болевого синдрома (собственно эпигастральная область, исключая области правого и левого подреберья), а также исключение изжоги, являющейся патогномичным сим-

птомом ГЭРБ. Ключевыми симптомами диспепсии являются боли и дискомфорт, локализованные в собственно эпигастральной области, ощущение раннего насыщения, чувство переполнения, распирания, вздутия в эпигастральной области, тошнота, рвота.

Распространенность диспептических жалоб в популяции чрезвычайно высока — 15-20% в целом и до 5% от общего количество обращений за медицинской помощью. В 1,5 раза чаще диспепсия обнаруживается у женщин. У значительной части пациентов при эндоскопическом исследовании патологии не обнаруживается. Частота органической диспепсии составляет 35-40%, функциональной диспепсии — 60-65% (рис 1).

## Виды диспепсии

### КЗО ДИСПЕПСИЯ

1. НЕИССЛЕДОВАННАЯ (объединяет всех пациентов с характерными симптомами, независимо от их причины)

### 2. ИССЛЕДОВАННАЯ

• *Органическая* — обусловленная наличием структурной патологии

• *Функциональная* — наличие характерных симптомов при исключении органического заболевания.

## Критерии диагностики функциональной диспепсии

Диагноз функциональной диспепсии правомочен, если у пациента на протяжении 12 недель и более за последние 12 месяцев (не обязательно непрерывно) имеют место следующие признаки:

1. Персистирующие или рецидивирующие симптомы диспепсии.
2. Исключены органические заболевания.
3. Нет данных о том, что симптомы диспепсии уменьшаются после дефекации или ассоциированы с изменением частоты и консистенции стула (т.е. отсутствует СРК).

Название этого заболевания свидетельствует о том, что его проявления имеют функциональное происхождение и связаны с нарушениями моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Рис. 1



## Этиология и патогенез

Наибольшее значение в возникновении диспепсических жалоб у больных с ФД имеют нарушения моторики верхних отделов ЖКТ – гастропарез, нарушение антродуоденальной координации, ослабление постпрандиальной моторики антрального отдела, нарушение распределения пищи внутри желудка (расстройства релаксации желудка; нарушенная accommodation пищи в дне желудка), нарушения циклической активности желудка в межпищеварительном периоде: желудочные дисритмии (тахигастрия, брадигастрия, антральная фибрилляция), дуоденогастральный рефлюкс.

Определенное значение в механизмах возникновения диспепсических расстройств при язвенноподобном варианте ФД играет гиперсекреция соляной кислоты, что подтверждается эффективностью применения у таких больных антисекреторных препаратов (ингибиторов протонной помпы и блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина). Диспепсические расстройства могут быть вызваны нервно-психическими стрессами (потеря работы, развод и др.). Не выявля-

но определенной связи между потреблением спиртных напитков, чая и кофе, приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, курением и возникновением диспепсических расстройств у пациентов с хроническим гастритом и ФД.

В зарубежной литературе под термином «функциональная диспепсия» рассматриваются такие заболевания, как хронический гастрит, хронический дуоденит и гастродуоденит без эрозивного поражения в оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. При гистологически подтвержденном гастрите или дуодените диагноз функциональной диспепсии не исключается, т.к. причинно-следственная связь между этими нозологиями не доказана. Во-первых, выраженность гастритических изменений не соответствует тяжести диспепсии. Тем более, что в большинстве случаев хронический гастрит протекает бессимптомно. Во-вторых, у больных с Н.р.-ассоциированным гастритом и диспепсическими жалобами эрадикация *Helicobacter pylori* приводила к нормализации картины слизистой оболочки, но не к устранению симптомов диспепсии. Хронический гастрит (ХГ) выявляется

у 80% лиц старше 40 лет, тогда как диспепсия – лишь у 30–40%. Это означает, что у каждого второго больного хроническим гастритом вообще отсутствуют какие-либо клинические симптомы. Кроме того, следует помнить, что ХГ – это морфологический диагноз. В настоящее время этот диагноз за рубежом используют в основном, когда хотят, например, показать связь гистологических изменений слизистой оболочки с *Helicobacter pylori*, проследить дальнейшие пути их прогрессирования (развитие атрофии, метаплазии или дисплазии).

## Клинические варианты функциональной диспепсии

### 1. Язвенноподобный вариант

Преобладающие симптомы: боли в эпигастрии, по клинике напоминает язвенную болезнь.

Клиника: боли в эпигастральной области, облегчающиеся после приема пищи, а также антацидов или антисекреторных препаратов, характерны «голодные» и ночные боли.

Характерно интермиттирующее течение с чередованием ремиссий и обострений.

### 2. Дискинетический вариант

Преобладающие симптомы: признаки гастростаза или дисмоторных явлений со стороны проксимальных отделов ЖКТ.

Клиника: быстрое насыщение, чувство тяжести, тошнота, ощущение вздутия, дискомфорт в верхних отделах живота, часто усугубляемый приемом пищи.

Боли не являются доминирующим симптомом.

### 3. Неспецифический вариант

Преобладающий симптом отсутствует. Клиника смешанная, что не позволяет отнести пациента к одной из вышеперечисленных



групп.

Существовавший ранее рефлюксоподобный вариант с преобладанием изжоги и отрыжки кислым в настоящее время исключен из рубрики Диспепсия и отнесен к эндоскопически-негативной ГЭРБ.

## Критерии исключения функциональной диспепсии

1. Органические заболевания ЖКТ

- Язва желудка или 12-п. кишки
- ГЭРБ
- Заболевания билиарного тракта

- Панкреатит
- Рак желудка, поджелудочной железы, толстого кишечника
- Синдром мальабсорбции.

2. Прием медикаментов и интоксикации

- НПВС
- Алкоголь
- Пероральные антибиотики
- Теофиллин
- Сердечные гликозиды

- Препараты калия и железа
3. Другие причины
- Сахарный диабет
  - Гипер- или гипотиреоз
  - Гиперпаратиреоз
  - Электролитный дисбаланс
  - ИБС
  - Заболевания соединительной ткани
  - Заболевания печени с болевым синдромом (растяжение капсулы).

## Алгоритм ведения больных с функциональной диспепсией

При расспросе и физикальном обследовании:

1. Исключить ГЭРБ (изжога, отрыжка кислым) и СРК (абдоминальные боли, облегчающиеся после акта дефекации, сопровождающиеся изменением частоты или консистенции стула и/или вздутием живота).

2. Определить наличие симптомов тревоги («красных флагов»):

- Потеря массы тела
- Лихорадка
- Упорная рвота

- Желудочно-кишечные кровотечения
- Дисфагия
- ОАК: анемия, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

## Стратегии ведения пациентов с функциональной диспепсией

1. ЭМПИРИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ.

У пациентов моложе 45 лет, при отсутствии тревожных симптомов и приема НПВС в анамнезе возможно проведение пробного курса медикаментозной терапии:

При дискинетическом варианте – прокинетики

При язвенноподобном варианте – антисекреторные препараты (ИПП или блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов).

Курс лечения 4-8 недель.

Пациенты, которые не ответили на терапию после 8 недель лечения или у которых быстро развился рецидив клиники, нуждаются в эндоскопическом обследовании.

2. СТРАТЕГИЯ “TEST AND TREAT”.

У пациентов моложе 45 лет, при отсутствии тревожных симптомов и приема НПВС в анамнезе рекомендуется тестирование на *Helicobacter pylori* с помощью неинвазивных методов – 13С-мочевинного дыхательного теста и обнаружения фекального антигена:

При Н.р.(+)-статусе – антихеликобактерная терапия

При Н.р.(-)-статусе – эмпирическая терапия (см. выше).

3. СТРАТЕГИЯ “SEARCH AND TREAT”.

Всем пациентам, независимо от возраста, анамнеза и наличия тревожных симптомов проводится комплексное обследование, включая эндоскопическое, для исключения органических причин диспепсии, а затем назначается соответствующее лечение.

В России и Украине стратегия «SEARCH AND TREAT» является традиционной, и рекомендована для практического применения Российской группой по изучению функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Эмпирическую терапию и стратегию «TEST AND TREAT» применяют с осторожностью из-за возможного плацебо-эффекта медикаментозного лечения.

Комплекс обследования больного должен включать:

- общеклинические, биохимические тесты;

- ЭГДС;

- УЗИ;

По показаниям:

- Компьютерная томография;

- Магнитно-резонансная томография;

- Суточная рН-метрия.

## Общие принципы лечения функциональной диспепсии

1. Лечение должно быть комплексным и включать мероприятия по нормализации образа жизни, режима и характера питания, устранение провоцирующих факторов (стрессы, отрицательные эмоции, алкоголь, курение, физическое перенапряжение и др.).

2. Показано дробное питание (5-6 раз в день) небольшими порциями, с некоторым снижением количества жиров.

3. Определенное значение имеют методы психотерапии, воз-

можно применение психотропных препаратов (седативные препараты, атипичные нейролептики, бензодиазепины, антидепрессанты и др.).

4. Медикаментозное лечение строится с учетом имеющегося у больного клинического варианта функциональной диспепсии.

## Литература

1. Armstrong D. *Helicobacter pylori infection and dyspepsia // Scand. J. Gastroenterol.* — 1996. — Vol. 31. — P. 38 — 47.
2. Bercik P., Collins S.M. *Current concepts of dyspepsia: the role of the nervous system. In Helicobacter pylori. Basic Mechanisms to Clinical Cure 2000. Dordrecht/Boston/London.* 2000. — P. 411 — 420.
3. Cats A. et al. *Helicobacter pylori. A true carcinogen? // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 1998. — Vol. 10. — P. 447—450.
4. Crew G.P., Holden R.I. et al. *A database on dyspepsia // Gut.* — 1994. — Vol. 35. — P. 191—202.
5. Danesh J., Lawrence M. et al. *Systematic review of the epidemiological evidence on Helicobacter pylori infection and non-ulcer or uninvestigated dyspepsia // Arch. Intern. Med.* — 2000. — Vol. 160. — P. 1192—1198.
6. Delaney B.C. et al. *Initial management strategies for dyspepsia (full Cochrane review). Oxford. Update Software.* 2000. ([www.update-software.com](http://www.update-software.com)).
7. Delaney B.C., O'Morain C. *Management of Dyspepsia // Cur. Opin. Gastroenterol.* — 2001. — Vol. 45 (suppl. 1). — P. 38—42.
8. Dunn B.E., Cohen H., Blaser M.J. *Helicobacter pylori // Clin. Microbiol. Rev.* — 1997. — Vol. 10. — P. 720—741.
9. Fennerty M.B., Laine L.A. *How to explain outcome differences in dyspepsia studies. In Helicobacter pylori. Basic Mechanisms to Clinical Cure 2000.*

*Dordrecht/Boston/London.* 2000. — P. 421 — 426.

10. Holtmann C., Talley N.J. *Functional Dyspepsia. Current treatment recommendations // Drugs.* — 1993. — Vol. 45. — P. 918—930.
11. Holtmann G., Talley N.J. *Clinician's Manual on Managing Dyspepsia. London. LS Com.* 2000. — 88 p.
12. Howden C.W., Leontiadis G.I. *Extragastric manifestations of Helicobacter pylori — are they relevant? In Helicobacter pylori. Basic Mechanisms to Clinical Cure 2000. Dordrecht/Boston/London.* 2000. — P. 507 — 512.
13. Laine L., Schoenfeld M., Fennerty B. *Therapy for Helicobacter pylori in patients with non-ulcer dyspepsia: meta-analysis of randomised controlled trials // Ann. Intern. Med.* — 2001. — Vol. 134. — P. 361—369.
14. Lassen A.T. et al. *Helicobacter pylori «test and eradicate» or prompt endoscopy for management of dyspeptic patients. A randomised controlled trial with one year follow-up // Lancet.* — 2000. — Vol. 365. — P. 455—460.
15. Malfertheiner P. et al. *Maastricht Guidelines and other innovations // Cur. Opin. Gastroenterol.* — 1997. — Vol. 13 (suppl. 1). — P. 1—7.
16. Soo S. et al. *Helicobacter pylori eradication for nonulcer dyspepsia (full Cochrane review). Oxford. Update Software.* 2000. ([www.update-software.com](http://www.update-software.com)).
17. Talley N.J. *Is Helicobacter pylori a cause of nonulcer dyspepsia? In Helicobacter pylori, Gastritis and Peptic Ulcer. Edited by Malfertheiner P. and Ditschuneit H. Berlin. Springer Verlag.* 1990. — P. 361—369.
18. Talley N.J., Boyce P. et al. *Dyspepsia and health care seeking in a community. How important are psychological factors? // Dig. Dis. Sci.* — 1998. — Vol. 43. — P. 101—112.
19. Talley N.J., Stanghellini V. et al. *Functional gastroduodenal disorders // Gut.* — 1999. — Vol. 45 (suppl. II). — P. 37—42.

## Функціональна диспепсія

І.Л. Кляритьська, М.Г. Курченко

У статті викладені сучасні поняття про диспепсію, представлені останні діагностичні критерії функціональної диспепсії, дані практичні рекомендації з тактики ведення і лікування пацієнтів.

***Functional dyspepsia***

I.L. Klyaritskaya, M.G. Kurchenko

The article contains modern conceptions of the term “dyspepsia”, the recent diagnostic criteria of functional dyspepsia are presented. The practical guidelines of management and treatment are given.