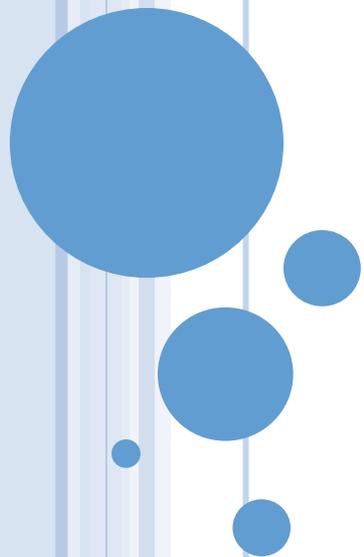


Функциональная диспепсия



Функциональная (неязвенная) диспепсия - симптомокомплекс, включающий боли или ощущение дискомфорта, чувство переполнения в эпигастральной области (связанные или не связанные с приемом пищи, физическими упражнениями), раннее насыщение, вздутие живота, тошноту, рвоту, изжогу или срыгивание, непереносимость жирной пищи, но при этом тщательное обследование пациента не выявляет какого-либо органического поражения (язвенной болезни, хронического гастрита, дуоденита, рака желудка, рефлюкс-эзофагита).

Код по МКБ: К 30 Диспепсия



Диагноз функциональной диспепсии может быть установлен при соблюдении следующих критериев (Римские критерии III):

- Продолжительность симптомов не менее 3 мес., причем дебют заболевания произошел не менее 6 мес. назад;
- Симптомы не могут исчезать после акта дефекации или возникать в сочетании с изменением частоты или консистенции стула;
- Изжога не должна быть доминирующим симптомом (признак ГЭРБ);
- Тошноту нельзя рассматривать как симптом диспепсии, поскольку это ощущение имеет центральный генез и не возникает в эпигастрии.



Классификация

В1. Функциональная диспепсия

В1а. Постпрондиальный дистресс-синдром

В1б. Синдром эпигастральной боли

В2. Функциональная отрыжка

В2а. Аэрофагия

В2б. Неспецифическая чрезмерная отрыжка

В3. Синдром функциональной тошноты и рвоты

В3а. Хроническая идиопатическая тошнота

В3б. Функциональная рвота

В3с. Синдром циклической рвоты

В4. Синдром срыгивания у взрослых



Диагностические критерии синдрома эпигастральной боли

Должен включать все перечисленные симптомы:

- Боль или жжение в эпигастрии средней или высокой интенсивности, возникающая не реже 1 раза в неделю;
- Боль носит интермиттирующий характер;
- Боль не распространяется на другие отделы живота и грудной клетки;
- Дефекация и отхождение газов не приносит облегчения боли;
- Симптомы не подходят под критерии нарушения функции желчного пузыря и сфинктера Одди.



Дополнительные критерии:

- Боль может иметь жгучий характер, но не должна быть локализована за грудиной;
- Боль обычно связана с приемами пищи, но не может возникать натощак;
- Может возникать в сочетании с постпрондиальным дистресс-синдромом;



Диагностические критерии постпрондиального дистресс-синдрома

Может включать один или оба перечисленных симптома:

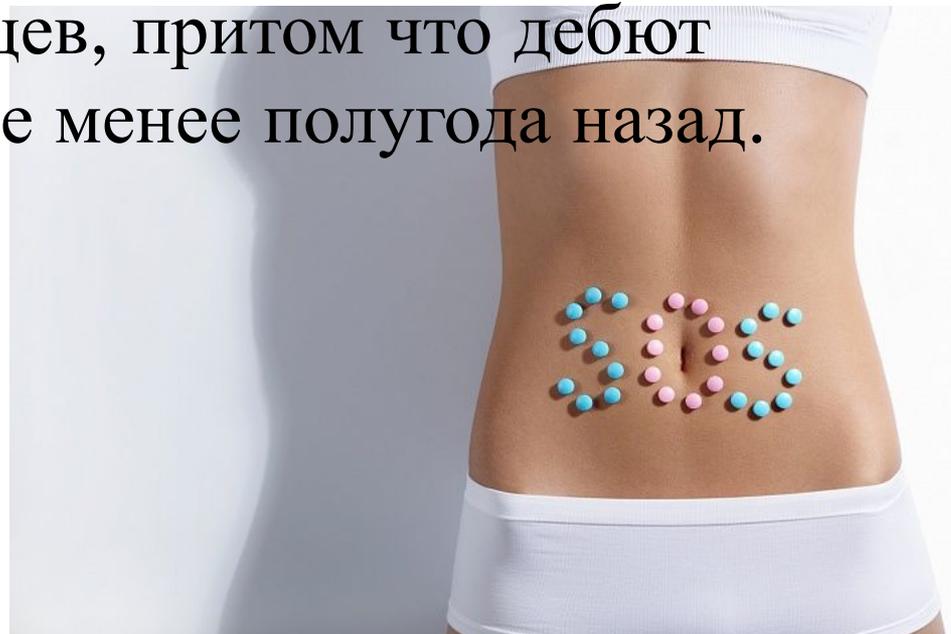
- Чувство переполнения в эпигастрии после приема обычного количества пищи, возникающее не реже нескольких раз в неделю;
- Чувство быстрого насыщения, которое не дает возможности завершить прием пищи, возникающее не реже нескольких раз в неделю.



Дополнительные критерии

- Может отмечаться вздутие в эпигастральной области, постпрондиальная тошнота и одышка;
- Может сочетаться с синдромом эпигастральной боли.

Все симптомы должны отмечаться не менее последних трех месяцев, притом что дебют заболевания возник не менее полугода назад.



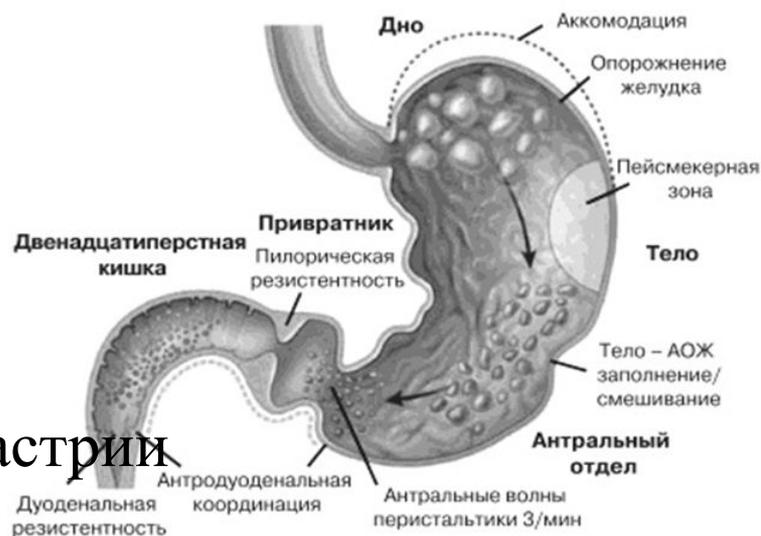
Клинические особенности разных вариантов ФД

Язвенноподобный вариант:

- Боли локализованы в подложечной области
- Боли проходят после приема антацидов
- Голодные боли
- Ночные боли
- Периодические боли

Дискинетический вариант:

- Чувство быстрого насыщения
- Чувство переполнения в эпигастрии
- Тошнота
- Ощущение вздутия верхней части живота
- Ощущение дискомфорта, усиливающееся после еды.



Клиническая характеристика

У пациентов с ФД нередко обнаруживают расстройства других органов и систем. Особенно распространено сочетание ФД с СРК. В связи с полиморфизмом симптомов пациенты нередко наблюдаются одновременно у врачей различных специальностей. У значительной части пациентов выражены жалобы астенического характера (ощая слабость, разбитость, повышенная утомляемость).

Для клинической картины ФД характерны нестабильность и быстрая динамика жалоб. У многих пациентов отмечают суточные колебания интенсивности симптомов. У некоторых пациентов заболевание носит четко выраженный сезонный или фазный характер.



Диагностические критерии эндогенной, маскированной депрессии:

- психопатологические критерии: витальная депрессия — беспричинная угнетенность, невозможность как прежде радоваться жизни, нежелание общаться и затруднение в общении с окружающими, отсутствие прежней энергии, трудность принятия решений, усталость, чувство физической неполноценности, тревоги, псевдофобии, ипохондрия;
- психосоматические критерии: боли, парестезии в эпигастрии, боли по ходу кишечника меняющегося характера и интенсивности, не связанные с приемом пищи, запоры, реже — поносы; множество жалоб, не укладывающихся в критерии какого-либо заболевания, бессонница, расстройство менструаций, потенции, неэффективность обычной терапии;



- критерии течения: спонтанность и периодичность (сезонность) обострения болезни, суточные колебания симптоматики — ухудшение в предутренние и особенно утренние часы, улучшение в вечернее время;
- психофармакологические критерии: эффективность лечения антидепрессантами; иногда окончательный диагноз эндогенной депрессии возможно выставить только после успешного лечения этими препаратами;
- конституционально-генетическая предрасположенность: отягощенная психопатическая наследственность.



Диагноз

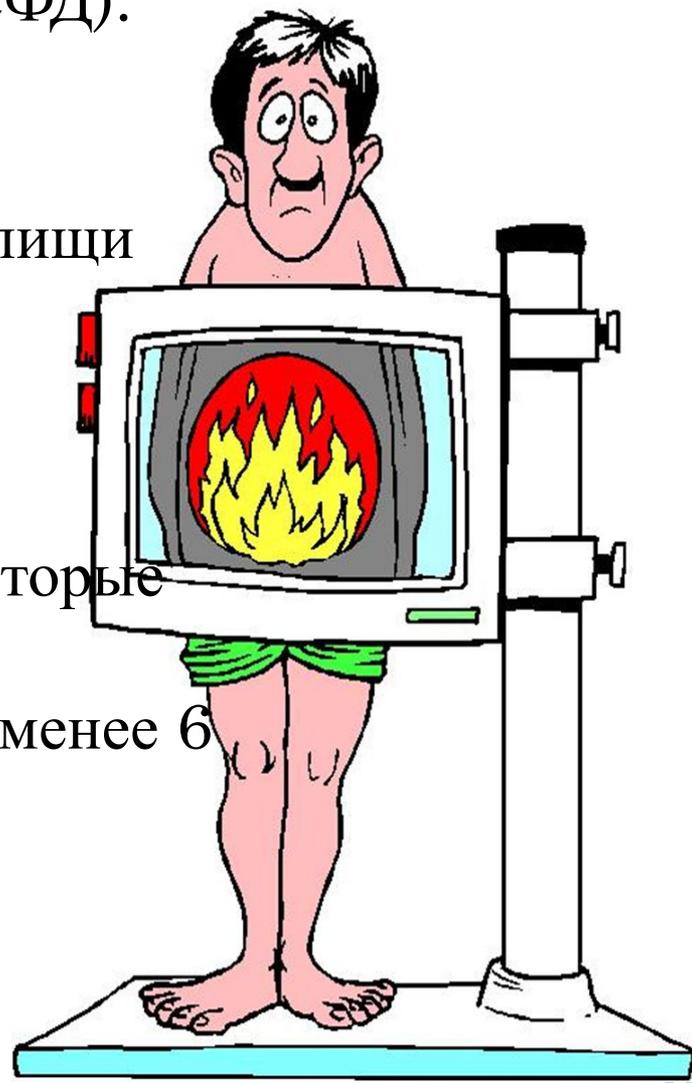
Диагноз может быть выставлен в следующих случаях (диагностические критерии СФД):

Наличие одного или нескольких из перечисленных симптомов:

- Чувство переполнения после приема пищи
- Чувство быстрого насыщения
- Боль в эпигастрии
- Жжение в эпигастрии

Отсутствие структурных изменений, которые могли бы вызвать эти симптомы.

(симптомы не менее 3 мес., дебют – не менее 6 мес.)



Дифференциальная диагностика

Диагностика ФД, как и других функциональных расстройств, в первую очередь исключение органических заболеваний, протекающих с аналогичными симптомами. Такими заболеваниями чаще всего оказываются язвенная болезнь, ГЭРБ, рак желудка, ЖКБ, хронический панкреатит. Кроме того, симптомы диспепсии могут быть вызваны эндокринными заболеваниями (например, сахарный диабет). Системной склеродермией, беременностью.



СФД необходимо дифференцировать с другими функциональными заболеваниями, в частности СРК. При СФД симптомы диспепсии никак не должны быть связаны с актом дефекации или нарушением частоты и характера стула.

Однако важно иметь в виду, что эти два расстройства нередко сочетаются.

Следует также дифференцировать СФД с другими функциональными заболеваниями желудка: аэрофагией, функциональной тошнотой и рвотой.



Диагноз аэрофагии ставят при наличии жалоб на отрыжку, которая беспокоит пациента не менее 3 мес. в течение года и объективного подтверждения наличия повышенного заглатывания воздуха. Диагноз функциональной тошноты и рвоты ставится, если у пациента наблюдают тошноту или рвоту не реже раза в неделю в течение года. При этом тщательное обследование не выявляет других причин, объясняющих наличие этого симптома.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ (НЕЯЗВЕННОЙ) ДИСПЕПСИИ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Признаки	Функциональная диспепсия	Язвенная болезнь
Суточный ритм болей	Не характерен (боли в любое время суток)	Характерен
Сезонность боли	Отсутствует	Характерна
Прогрессирующее течение болезни	Не характерно	Характерно
Длительность болезни	Чаще 1-3 года	Часто свыше 4-5 лет
Начало болезни	Часто еще в детском и юношеском возрасте	Чаще у взрослых молодых людей

Признаки	Функциональная диспепсия	Язвенная болезнь
Облегчение болей после еды	Не характерно	Характерно при дуоденальной язве
Ночные боли	Не характерны	Характерны при дуоденальной язве
Связь болей с психоэмоциональными факторами	Характерна	Встречается
Тошнота	Встречается часто	Редко
Стул	Чаще нормальный	Чаще запоры
Похудение	Не характерно	Чаще умеренное
Симптом локальной пальпаторной болезненности	Не характерен	Характерен

Признаки	Функциональная диспепсия	Язвенная болезнь
Сопутствующие невротические проявления	Характерны	Встречаются, но не закономерно и не столь значительно выражены, как при неязвенной диспепсии
Данные рентгенологического исследования	Выявляется моторно-эвакуаторная дискинезия желудка	Выявляется «язвенная» ниша, перидуоденит, перигастрит
ФЭГДС	Норма или повышение тонуса желудка, выражен сосудистый рисунок, отчетливые складки	Язва, послеязвенный рубец, гастрит



Для уверенной дифференциальной диагностики функциональной (неязвенной) диспепсии необходимо проводить тщательное лабораторно-инструментальное обследование больного. Для исключения хронического гастрита необходима биопсия слизистой оболочки желудка.

Пример формулировки диагноза:

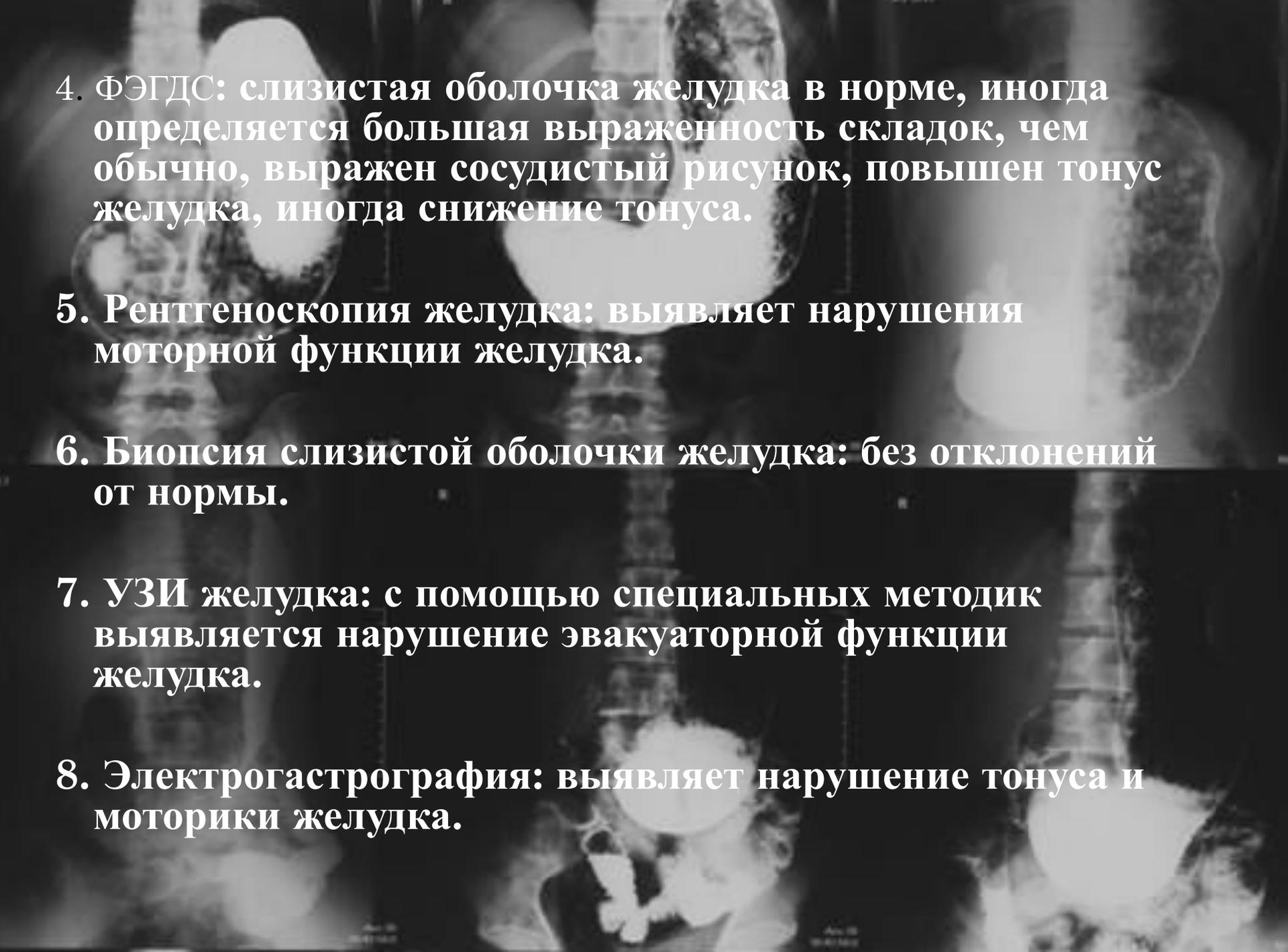
Функциональная неязвенная диспепсия, язвенноподобный вариант.



Лабораторные и инструментальные данные

1. Общий анализ крови, мочи, кала: в норме.
2. БАК: без отклонений от нормы.
3. Исследование секреторной функции желудка: довольно часто обнаруживает желудочную гиперсекрецию и повышение уровня свободной соляной кислоты.



- 
4. **ФЭГДС: слизистая оболочка желудка в норме, иногда определяется большая выраженность складок, чем обычно, выражен сосудистый рисунок, повышен тонус желудка, иногда снижение тонуса.**
 5. **Рентгеноскопия желудка: выявляет нарушения моторной функции желудка.**
 6. **Биопсия слизистой оболочки желудка: без отклонений от нормы.**
 7. **УЗИ желудка: с помощью специальных методик выявляется нарушение эвакуаторной функции желудка.**
 8. **Электрогастрография: выявляет нарушение тонуса и моторики желудка.**

Программа обследования

1. Общий анализ крови, мочи, кала.
2. БАК: содержание общего белка, белковых фракций, билирубина, аминотрансфераз, калия, кальция, натрия, хлоридов, глюкозы.
3. ЭКГ.
4. ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки желудка (по показаниям).
5. Рентгеноскопия желудка.
6. УЗИ органов брюшной полости.



Лечение

Симптоматическое лечение в зависимости от варианта

1. Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

Ранитидин 150 мг внутрь 2 раза в сутки

Фамотидин 20 мг внутрь 2 раза в сутки

Метоклопрамид 10 мг внутрь 3 раза в сутки

Низатидин (внутри 150 мг 2 раза в сутки или 300 мг 1 раз в сутки)

Роксатидин (внутри 75 мг 2 раза в сутки или 150 мг 1 раз в сутки; роксатидин ретард 75 мг – 1 раз в сутки для профилактики рецидивов)

2. Антацидные средства по требованию

Длительность лечения 4 недели.





THANK

YOU

FOR

YOUR

ATTENTION