

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Функциональная диспепсия есть распространенный синдром, проявлениями которого могут быть боль или ощущение жжения в эпигастрии, чувство раннего насыщения и переполнения в подложечной области, отмечающиеся в течение последних 3 месяцев, возникшие не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза и которые нельзя объяснить органическими заболеваниями. В соответствии с Римскими диагностическими критериями IV пересмотра диагноз «функциональная диспепсия» ставится методом исключения с органическими заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь). Традиционно и вполне обоснованно считается, что функциональная диспепсия относится к группе психосоматических заболеваний, однако в ее патогенезе большая роль отводится местным моторным нарушениям (антродуоденальная дискоординация вследствие дисбаланса кишечных нейромедиаторов и гастроинтестинальных гормонов), а также бихевиоральным факторам (пищевой стереотип, алкоголь и табакокурение) и хроническому поражению интрамуральных нервных сплетений пищеварительного тракта токсинами патологической кишечной микрофлоры. Функциональная диспепсия значительно снижает качество жизни пациентов, что требует своевременного ее выявления и лечения.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, психосоматические расстройства, двигательные нарушения.

S.A. BARANOV, PhD in medicine, V.M. NECHAEV, PhD in medicine

Sechenov First Moscow state medical university Ministry of Healthcare of the Russian Federation

FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN PRACTICE OF THE DOCTOR-THERAPIST

Functional dyspepsia (FD) is the widespread syndrome the pain or sensation of a burning sensation in epigastriums, feeling of early saturation and overflow in an anticardium can be which implications, becoming perceptible during last 3 months which have arisen not less than 6 months prior to statement of the diagnosis and which it is impossible to explain organic diseases. According to the Roman diagnostic criteria of IV revision, diagnosis FD is put by process of elimination with organic diseases of the top department of a gastroenteric tract (a peptic ulcer, a chronic gastritis, gastroesophageal reflux illness). Traditionally and quite soundly it is considered that FD concerns group of psychosomatic diseases, however in its pathogenesis the big role is taken away to local motor disturbances (an antroduodenal dyscoordination owing to a disbalance of intestinal neuromediators and gastrointestinal hormones), and also to behavior factors (an alimentary stereotype, alcohol and a tobacco smoking) and to a chronic lesion of intramural nervous plexuses of a digestive tube by toxins of a pathological intestinal microflora. FD considerably reduces quality of life of patients that demands its timely revealing and treatment.

Keywords: functional dyspepsia, psychosomatic disorders, impellent disturbances.

Функциональная диспепсия (ФД) является одной из наиболее часто встречающихся патологий в практике врача-терапевта. По данным многочисленных эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах, диспепсия выявляется у 5–40% населения и служит причиной 4–5% всех обращений к врачам общей практики [1–3]. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 60 лет заболеваемость различными функциональными расстройствами пищеварительной системы возросла в 24 раза. Однако в России, в отличие от других стран, диагноз ФД ставится достаточно редко, традиционно фигурирует диагноз хронического гастрита.

В настоящее время в большинстве европейских стран хронический гастрит используется как морфологический термин, характеризующий качественные изменения слизистой оболочки желудка. Клинические симптомы рассматриваются как проявление функциональных расстройств, не связанных с морфологическими изменениями, т. е. с хроническим гастритом.

ФД можно определить как комплекс клинических симптомов, включающих в себя боль или ощущение

жжения в эпигастрии, чувство раннего насыщения и переполнения в подложечной области, отмечающихся в течение последних 3 месяцев и возникших не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями [4].

Согласно последним Римским критериям IV пересмотра, в зависимости от преобладания у больных тех или иных симптомов выделяют 2 варианта ФД:

- 1) синдром боли в эпигастриальной области (прежнее название – язвенноподобный вариант);
- 2) постпрандиальный дистресс-синдром (прежнее название – дискинетический вариант).

При первом варианте ФД в клинике ведущими является боль или чувство жжения в эпигастриальной области, возникающие после приема пищи или натошак и отмечающиеся у больного не реже чем один раз в неделю.

Постпрандиальный дистресс-синдром характеризуется жалобами на чувство тяжести и переполнения в подложечной области, а также на раннее насыщение, возникающее после еды при приеме обычного количества пищи несколько раз в неделю.

Изжога не входит в определение ФД, т. к. является проявлением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рвота не характерна для ФД и предполагает наличие другой патологии, требующей соответствующей диагностики [4].

Необходимо помнить, что ФД может сочетаться с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и синдромом раздраженного кишечника. Одновременное наличие ФД и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни отмечается в 33,8% случаев, а синдрома раздраженного кишечника – в 37%, так называемый синдром перекреста [5, 6].

ФД – полиэтиологическое заболевание, в развитии которого принимают участие многочисленные факторы.

Важную роль в развитии ФД отводят состоянию центральной нервной системы. У большинства больных развитию заболевания или ухудшению его течения предшествуют психосоциальные факторы (семейные, финансовые, производственные, жилищные и др.). Этому способствует психоэмоциональное перенапряжение и неспособность справляться с жизненными трудностями. Расстройства психоэмоциональной сферы, особенно депрессия и беспокойство, связаны с ФД и могут предшествовать началу расстройства [7, 8].

Результаты психиатрического обследования больных ФД 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 [9].

Одним из важнейших патогенетических факторов ФД большинство авторов считают различные нарушения двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Замедленное опорожнение желудка отмечается в среднем у 25–35% пациентов с ФД, в то время как быстрое опорожнение не является характерным и наблюдается менее чем у 5% больных [10].

В основе моторно-эвакуаторной дисфункции лежит дискоординация работы нейрогуморальных регуляторных звеньев на различных уровнях: местном (нервная система желудка и двенадцатиперстной кишки), периферическом (проводящие пути) и центральном (головной мозг).

Одной из причин ФД является висцеральная гиперчувствительность желудка, которая связана с нарушением рецепторного восприятия обычных раздражителей: перистальтические сокращения, растяжение стенок желудка пищей, секреция НСІ, прием лекарств, реакция на некоторые продукты питания и др.

При ФД наблюдается отсутствие адекватной адаптации желудка (чаще тела желудка) на прием пищи, особенно при неритмичном приеме пищи в больших объемах, при приеме раздражающей пищи, проявляющееся отсутствием адаптационного расслабления проксимального отдела желудка. Это влечет за собой повышение внутрижелудочного давления, быстрое попадание пищи в антральный отдел желудка с его растяжением и появлением

Амбулаторная ХИРУРГИЯ

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ



ИНФОРМАЦИОННОЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СЕКТОРЕ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Определение стандартов оказания специализированной и квалифицированной хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Освещение вопросов анестезиологического пособия при выполнении оперативных вмешательств в условиях дневных (однодневных) хирургических стационаров.
- Рассматриваются проблемы лицензирования и аккредитации хирургических подразделений и формирований амбулаторно-поликлинического звена.
- Вопросы интеграции медицинских вузов и НИИ и практического здравоохранения, в том числе с целью подготовки кадров для центров амбулаторной и специализированной хирургии.

Реклама

www.asurgery.ru • АРХИВ ВЫПУСКОВ

 **РЕМЕДИУМ**
ИЗДАТЕЛЬСТВО

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,
remedium@remedium.ru

ние таких симптомов, как чувство раннего насыщения и переполнения в эпигастральной области после еды [10].

Нарушение эвакуации пищи, которое наблюдается при ФД, связано в первую очередь с нарушением антродуоденальной координации – синхронного расслабления привратника при сокращении антрального отдела желудка. Одной из причин этих нарушений является дисбаланс нейромедиаторов, нейропептидов, гастроинтестинальных гормонов.

Гастроинтестинальные гормоны, такие как секретин, панкреозимин, желудочный ингибиторный пептид, тормозят моторику желудка. После ваготомии у пациентов отмечается замедление опорожнения желудка и растяжение его стенок. Раздражение блуждающего нерва, наоборот, приводит к активизации двигательной функции желудка [11].

Большое внимание при ФД уделяется инфекции *H. pylori*, которая выявляется у многих больных с диспептическими симптомами [12]. Однако у большинства пациентов эрадикация НР не приводит к исчезновению диспептических симптомов [13]. *H. pylori* можно рассматривать как возможный причинный фактор ФД, только когда при успешном лечении инфекции исчезают симптомы диспепсии. Предполагается, что под влиянием эрадикации могут нормализоваться желудочная секреция и гормональный статус.

Инфекции, вызывающие острый гастроэнтерит, могут стать причиной ФД у 10–20% больных [8]. *Salmonella gastroenteritis*, а также *Giardia lamblia*, *Escherichia coli*, *Campylobacter jejuni* и норовирус могут вызвать ФД [14]. Проявления постинфекционной ФД определяются особенностями инфекционного агента и объясняются наличием вялотекущего воспалительного процесса, способствующего развитию висцеральной гиперчувствительности.

Развитие ФД связывают с нарушением режима питания и характером принимаемой пищи. Отмечено, что

такие пациенты плохо переносят пищу с высоким содержанием жира, молочные продукты, шоколад, кофе, орехи, лук [15]. Пища с высоким содержанием жира приводит к повышению уровня кишечных гормонов, и прежде всего уровня холецистокинина, участвующего в регуляции тонуса и моторики желудка, а также аппетита и чувства насыщения [8].

У некоторых больных, особенно с синдромом боли в эпигастральной области, диспепсические нарушения связаны с повышенной секрецией соляной кислоты. Видимо, возникновение боли связано с увеличением продолжительности контакта кислого содержимого со слизистой оболочкой желудка и двенадцатиперстной кишки, а также гиперчувствительностью ее хеморецепторов с формированием неадекватного ответа. Гиперчувствительность к кислоте, даже при ее нормальном количестве, через нервные и гуморальные механизмы может обуславливать задержку эвакуации содержимого из желудка и вызывать болевую симптоматику [16].

В происхождении ФД определенную роль играют наследственные факторы. Получены данные, указывающие на увеличение риска развития диспепсии у людей, имеющих близких родственников с данной патологией [17, 18].

Курение и злоупотребление алкоголем являются факторами риска ФД. Курение, по данным некоторых авторов, повышает риск развития ФД в два раза [19].

Следовательно, ФД достаточно часто встречается в практике терапевта. Вот почему так важно, чтобы врачи знали ФД, могли разумно использовать исследования и диагностические тесты и проводить эффективное лечение.



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. EL-Serag HB, Talley NJ. Systematic review: The prevalence and clinical course of functional dyspepsia. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2004, 19: 643–654.
2. Mahadeva S, Goch K. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World J. Gastroenterol.*, 2006, 12: 2661–2666.
3. Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*, 2006, 130: 1466–1479.
4. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL et al. Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1380–92.
5. Piessevaux H, De Winter B, Louis E, Muls V, De Looze D, Pelckmans P. Dyspeptic symptoms in the general population: a factor and cluster analysis of symptom groupings. *Neurogastroenterol Motil*, 2009, 21: 378–388.
6. Ford AC, Marwaha A, Lim A, Moayyedi P. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of irritable bowel syndrome in individuals with dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2010, 8: 401–409.
7. McQuaid KR. Dyspepsia. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. Ed.: M. Feldman et al. 7th ed. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo, 2002: 102–118.
8. Tally N, Ford A. Functional dyspepsia. *N. Engl. J. Med.*, 2015, 373: 1853–1863.
9. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Лапина Т.Л. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. *РЖГТК*, 2012, 3: 80–92. / Ivashkin VT, Sheptulin AA, Lapina TL, et al. The Russian Gastroenterological Association Clinical Guidelines: diagnosis and treatment of the functional dyspepsia. *RJGGK*, 2012, 3: 80–92
10. Stanghellini V, Tack J. Gastroparesis: separate entity or just a part of dyspepsia? *Gut*, 2014, 63: 1972–1978.
11. Caldarella MP, Azpiroz F, Malagelada J-R. Antrofundic dysfunction in functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 2003, 124: 1202–1229.
12. O'Morain C. Role of *Helicobacter pylori* in functional dyspepsia. *World J Gastroenterol*, 2006, 12: 2677–2680.
13. Talley NJ, 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, 318: 833–837.
14. Hanevik K, Dizdar V, Langeland N, Hausken T. Development of functional gastrointestinal disorders after *Giardia lamblia* infection. *Gastroenterol*, 2009, 21(9): 27.
15. Holtmann G, Talley NJ. Clinician's manual on managing dyspepsia. Life Science Communications. London, 2000. 88 p.
16. Simren M, Vos R, Janssens J, Tack J. Acid infusion enhances duodenal mechanosensitivity in healthy subjects. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 2003, 285: G309–G315.
17. Locke GR, Zinsmeister AR, Talley NJ, et al. Familial association in adults with functional gastrointestinal disorder. *Mayo Clin. Proc*, 2000, 122: 907–912.
18. Buonavolonta R, Goccorullo P, Boccia G et al. Familial aggregation in children affected by functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 2008, 57(Suppl. II): A3.
19. Boekema PJ, van Dam EF, Bots ML 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.