

# Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта

Белобородова Э.И.

## Gastroenteric Tract Functional Diseases

Beloborodova E.I.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Белобородова Э.И.

Представлен современный взгляд на проблему функциональных нарушений желудка, что важно для выработки врачебной тактики для данной категории больных.

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

The modern view on the problem of the disorder of stomach is presented that is very important for working out the treatment for this category of ill people.

**Key words:** functional dyspepsia, classification, diagnostics, and treatment.

УДК 616.33/34

Функциональные гастродуоденальные расстройства согласно классификации, принятой на VIII Объединенной Европейской гастроэнтерологической неделе в Риме (Римские критерии-II, ноябрь, 1999), включают следующие формы: 1. Функциональная диспепсия, подразделяемая на язвенно-подобную, дискинетическую и неспецифическую. 2. Аэрофагия. 3. Функциональная рвота [1, 2].

Диагностика и лечение функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта вызывают большой интерес у терапевтов и гастроэнтерологов в связи с распространенностью заболевания и неоднозначностью алгоритма диагностики и лечения. Распространенность диспептических жалоб среди населения очень высока — от 19 до 41%. При этом 1/2—2/3 случаев диспептических расстройств приходится на органические заболевания, а 1/3—1/2 — на долю функциональной диспепсии. Однако за медицинской помощью обращаются лишь 20–25% больных.

Согласно достигнутому международному консенсусу в настоящее время дается следующее определение функциональной диспепсии (ФД).

### Функциональная диспепсия

На протяжении 12 нед, не обязательно последовательных, в течение года наличие:

— персистирующей или рецидивирующей диспепсии (боль, дискомфорт в верхней половине живота);

— отсутствие данных об органической патологии по данным ФГДС;

— отсутствие данных о связи диспептических симптомов с актом дефекации и изменением частоты и консистенции стула (т.е. симптомов, входящих в синдром раздраженного кишечника).

Согласно мнению европейских экспертов термин «неязвенная диспепсия» должен полностью уйти из обращения, а клиницисты должны использовать только термин «функциональная диспепсия» в рамках Римских критериев-II. В МКБ-10 функциональная диспепсия значится под шифром К-30 и является самостоятельной нозологической формой болезни. Дискомфорт в эпигастрии называется неприятное ощущение, не расцениваемое пациентом как боль, но имеющее множество оттенков (ощущение переполнения в эпигастрии, раннее насыщение, тошнота) и являющееся проявлением моторной дисфункции верхнего отдела ЖКТ. Боль или дискомфорт в эпигастрии могут носить перемежающийся характер или быть постоянными по ин-

тенсивности и локализации, а также не иметь четкой связи с приемом пищи. Изжога исключена из категории функциональной диспепсии, так как результаты суточного мониторирования рН+пищевода и/или эндоскопическая картина дистальной части пищевода говорят в пользу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

В каждом конкретном случае диспепсии необходимо установить ее причину. Могут быть органические и функциональные расстройства.

В международном консенсусе (Римские критерии-II, ноябрь, 1999) представлены следующие причины диспепсий:

группа 1 — патология ЖКТ (медикаментозно-обусловленная, язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, опухоли), заболевания поджелудочной железы и желчевыводящих путей;

группа 2 — патофизиологические и морфологические изменения, не имеющие специфических клинических проявлений (хеликобактериальный гастрит и дуоденит без эрозий, холецистолитиаз, повышенная висцеральная чувствительность, нарушения гастродуоденальной моторики);

группа 3 — отсутствие патологических изменений, которые возможно было бы связать с диспепсией.

Пациенты, имеющие причину диспепсий из 2-й или 3-й групп, в соответствии с консенсусом страдают функциональной диспепсией, которая является диагнозом исключения. Существует правило: диспепсия считается органической до тех пор, пока не доказано обратное. Пациентам с документированным указанием на наличие в прошлом язвенной болезни диагноз ФД не ставится.

Функциональная диспепсия делится на подгруппы в зависимости от ведущего симптома, выделенного самим пациентом. При язвенно-подобной диспепсии в клинике заболевания превалирует боль в эпигастрии, возникающая натощак и ночью, стихающая после приема пищи, антацидов и антисекреторных препаратов. При дискинетическом варианте функциональных диспепсий преобладают ощущение дискомфорта в верхней половине живота, чувство

тяжести и переполнения в подложечной области после еды, тошнота, анорексия. При неспецифическом варианте функциональной диспепсии отсутствует превалирование боли или дискомфорта. Возможно сочетание у одного и того же больного разных вариантов ФД, например язвенно-подобного и дискинетического.

Важными особенностями функциональных диспепсий являются их необычайная яркость, причудливые описания; усиление жалоб наблюдается при стрессовых ситуациях или после них, нередко отмечается серия жалоб — дискомфорт в верхней половине живота, отрыжка воздухом, метеоризм и т.д. У молодых женщин выделяют психогенную тошноту («стоит в горле»), особенно в утренние часы, натощак, усиливающуюся при волнении. Возможна привычная рвота — по утрам или во время еды, нередко после первых глотков, не связанная с характером пищи. Необходимо дифференцировать от рвоты, обусловленной механической обструкцией различных отделов ЖКТ, а также от заболеваний центральной нервной системы. У больных с функциональной диспепсией часто выявляются высокий уровень тревожности, депрессии, невротические и ипохондрические реакции. У таких больных характерны общие вегетативные симптомы: усиление потливости, приступы жара, нарушения сна, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, возможные гиперестезии мочевого пузыря, ортостатические нарушения кровообращения, функциональные сердечные жалобы.

В диагностике функциональной диспепсии ведущим методом обследования является эзофагогастродуоденоскопия. Применение эмпирического лечения антисекреторными препаратами (блокаторами H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов или ингибиторами протонной помпы) продолжительностью от 1 до 4 нед при появлении симптомов диспепсии без предварительного проведения гастродуоденофиброскопии, практикуемое рядом врачей как за рубежом так, и в России, не показало целесообразности такой врачебной тактики. Многие пациенты оказались не удовлетворенными оказанной им медицинской помощью, более вы-

сокой стоимостью лечения по сравнению с лечением больных, которым гастродуоденоскопия была проведена до начала лечения. Таким образом, полноценное клиническое и инструментальное обследование больным необходимо.

## Лечение

тодике применения психотропных препаратов. Рекомендуется давать сначала их небольшими дозами, а в соответствии с эффектом их наращивать. Лечение необходимо продолжить 1,5—2 нед, постоянно уменьшая дозировку. При синдроме раздражительной слабости чаще прибегают к бензодиазипиновым производным (хлозепид, сибазон, мезапам) от 1/2 до 2 табл. 2—3 раза в день. В более выраженных случаях рекомендуют соннапакс, френолон в малых или средних дозах. Если преобладает чувство страха, тревоги, тоски — антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин, азафен, коаксил) — начиная с малых доз (1/4—1/2 табл. после ужина с повышением дозы до 2—3 табл. в день). Пациентов, имеющих наряду с симптомами функциональной диспепсии нарастающие психоневрологические симптомы, необходимо направить для их оценки и лечения к психиатру или психологу.

Существует другое направление в терапии функциональной диспепсии — это медикамен-

Перед медикаментозной терапией необходимо провести разъяснительные беседы по здоровому образу жизни, дать рекомендации по диете (ограничение кофе, алкоголя, жиров; частое, дробное питание), провести успокоительные беседы, разъяснить суть болезни.

Фармакотерапия функциональной диспепсии — сложная задача, так как надо ориентироваться в методозное вмешательство в нарушение функции. При язвенно-подобном варианте функциональной диспепсии используются антисекреторные препараты (антациды, селективные холинолитики — гастроцепин, антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина и ингибиторы протонного насоса). Прокинетики (мотилиум, цизаприд) назначают больным с дискинетической диспепсией, обычно применяют прерывистые курсы лечения (2—4 нед).

Профилактика функциональной диспепсии предполагает ведение здорового образа жизни, организацию правильного режима и характера питания, предупреждение инфицированности НР.

## Литература

1. *Гастроэнтерология: Справочник* / Под ред. В.Т. Ивашкина и С.И. Раппопорта. М., 1998. С. 13—15.
2. *Ивашкин В.Т., Нечаев В.И.* Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Римские критерии-II // *Болезни органов пищеварения*. 2000. Т. 2. к 2. С. 20—22.

Поступила в редакцию 1.11.2001 г.