

Ивашкин В.Т., Нечаев В.М.

Проблеме **функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта** (ЖКТ) посвящено значительное число отечественных и зарубежных исследований. Тем не менее до недавнего времени отсутствовал единый подход, который бы позволил определить унифицированные пути ее решения. Имеются значительные различия во мнениях относительно не только патогенеза, лечения, но и терминологии [1]. Преодолению этой ситуации была посвящена работа Согласительной комиссии международных экспертов (Рим, 1999). Согласно ее рекомендациям, предложена следующая классификация **функциональных** гастродуоденальных расстройств:

- **функциональная** диспепсия, подразделяемая на язвенноподобную, дискинетическую и неспецифическую;
- аэрофагия;
- **функциональная** рвота.

### **Функциональная диспепсия**

Согласно определению **Римского** комитета (1999), под диспепсией понимают боль или дискомфорт в эпигастрии. Боль в правом или левом подреберьях не относится к синдрому диспепсии. Дискомфортом называется неприятное ощущение, не расцениваемое самим пациентом как боль, однако имеющее множество оттенков (ощущение переполнения в эпигастрии, раннее насыщение, тошнота) и являющееся следствием моторной дисфункции верхнего отдела ЖКТ. Боль или дискомфорт могут быть перемежающимися или постоянными по своей интенсивности, а также не иметь отчетливой связи с приемом пищи.

Изжога исключена из категории функциональной диспепсии. Результаты суточной мониторной рН-метрии пищевода убедительно свидетельствуют, что длительная изжога является специфичным симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Однако ее иногда бывает трудно отличить от жгучих болей в эпигастрии. К тому же, возможно их сочетание.

Большинство больных не в состоянии указать точную дату появления симптоматики; некоторые обращаются к врачу спустя месяцы или даже годы с момента начала **заболевания**. Отсюда попытки установить временные интервалы функциональной диспепсии (например, 4 или 12 нед) вряд ли имеют практическую ценность.

В каждом конкретном случае диспепсии необходимо установить ее причину. Таковой могут быть органическое **заболевание** (пептическая язва, ГЭРБ) или функциональное расстройство. В зависимости от этиологии пациентов с диспепсией делят на 3 категории:

1. С установленной причиной (ГЭРБ с эзофагитом или без него, пептическая язва, **заболевания** панкреатобилиарной системы, злокачественные новообразования, ятрогении).
2. С установленным микробным агентом или конкретным патофизиологическим механизмом, но неопределенными клиническими проявлениями (H. pylori-ассоциированный гастрит, дуоденит, камни желчного пузыря, расстройства моторики желудка и двенадцатиперстной кишки).
3. Без установленной причины. Сюда относятся случаи диспепсии без определенной морфологической или биохимической причины возникновения симптоматики, т.е. случаи функциональной диспепсии [2]. Термин "неязвенная диспепсия" не рекомендуется экспертами Согласительной комиссии на том основании, что некоторые пациенты с функциональной диспепсией имеют язвенноподобную симптоматику, а пептическая язва не является у них единственной болезнью исключения.

Таким образом, функциональная диспепсия является диагнозом исключения. Существует правило, по которому диспепсия считается органической до тех пор, пока не доказано обратное. Диспепсия расценивается как функциональная при условии соответствия следующим **критериям**: 1) наличие постоянной или перемежающейся диспепсии в течение минимум 12 нед в году; 2) отсутствие органических **заболеваний** ЖКТ со сходной симптоматикой; 3) диспепсия не уменьшается после дефекации и не связана с изменением частоты и характера стула (отсутствие признаков синдрома раздраженной кишки).

Пациентам с документированными указаниями на наличие в прошлом пептической язвы диагноз функциональной диспепсии вообще не ставится. В то же время лица, прошедшие курс эрадикационной терапии по поводу язвенной болезни и инфекции H. pylori, часто имеют остаточную симптоматику, которую можно расценивать как функциональную диспепсию [3].

Функциональная диспепсия делится на подгруппы в зависимости от специфики симптомов. Относительно

числа таких подгрупп и их содержания не существует единой точки зрения. Эпидемиологические, патофизиологические и клинические исследования за последние 5 лет показали, что разделение диспепсии на подгруппы на основании совокупности симптомов лишено практической ценности. У женщин чувство переполнения в эпигастрии после еды и рвота связаны с замедлением эвакуации из желудка, а совокупная симптоматика – нет. Целесообразнее характеризовать диспепсию по отдельному преобладающему симптому, выделенному самим пациентом. Эффективность терапии ингибиторами протонного насоса различается по подгруппам, основанным на преобладающем симптоме (лица с эпигастралгиями без дискомфорта лучше поддаются лечению омепразолом) [4]. В соответствии с **Римскими критериями** (1999), четкие характеристики имеют лишь язвенноподобная и дискинетическая диспепсии: 1) эпигастральная боль (язвенноподобная диспепсия); 2) неприятное, неболезненное ощущение (дискомфорт) в эпигастрии, нередко сочетающееся с чувством переполнения или распирания, ранним насыщением, тошнотой (дискинетическая диспепсия).

В группу функциональной диспепсии входит также неспецифический ее вариант с симптоматикой, не отвечающей **критериям** язвенноподобной и дискинетической диспепсии.

#### Дифференциальная диагностика

ГЭРБ. Пациенты, у которых изжога (жгучая загрудинная боль) является преобладающим симптомом, исключены из группы диспепсии согласно определению, поскольку все они страдают ГЭРБ. Однако пациенты с функциональной диспепсией очень часто имеют сопутствующую изжогу в качестве дополнительного симптома, “подчиненного” эпигастральной боли или дискомфорту. При этом изжога столь незначительна и нечаста, что может быть отнесена к категории условной нормы. У небольшой части таких больных при проведении суточной мониторной рН-метрии пищевода все же удается обнаружить патологический гастроэзофагокальный рефлекс. Их включение в группу функциональной диспепсии следует признать ошибочным [5].

Синдром раздраженной кишки (СРК). Большинство пациентов с функциональной диспепсией не имеют выраженных кишечных симптомов, а диспепсия при СРК является отдельным синдромом. Возможны ситуации одновременного сосуществования функциональной диспепсии и СРК у одного и того же больного: в эпигастрии одновременно имеются разновидности боли (дискомфорта), одна из которых связана с кишечной симптоматикой, а другая – нет. Иногда эпигастральная боль и дискомфорт могут быть вызваны синдромом раздраженной кишки. Поэтому, если эпигастралгия или дискомфорт уменьшаются после дефекации и (или) связаны с иной кишечной симптоматикой, по определению ставится диагноз СРК.

У пациентов с длительной и стойкой симптоматикой необходимо исключить депрессию, включая скрытую (соматическую), а также пищевую непереносимость.

Наиболее эффективной диагностической методикой при диспепсии по праву считается эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). ЭГДС является методикой выбора в первую очередь для пациентов, у которых симптоматика впервые возникла в зрелом возрасте, особенно если она сопровождается потерей массы тела, рвотой, дисфагией, кровотечением. Все более широкое распространение приобретает выявление *H. pylori*, что целесообразно в плане назначения современного лечения. Ультрасонография не рекомендуется в качестве обязательной методики, поскольку у большинства пациентов отсутствуют клинические, биохимические и, соответственно, ультразвуковые признаки заболеваний панкреатобилиарной системы. Рентгеноконтрастное исследование тонкой кишки показано при подозрении на механическую обструкцию. Исследование эвакуаторной функции желудка (сцинтиграфия) при диспепсии в настоящее время имеет второстепенное значение, поскольку прокинетики малоэффективны именно у больных с функциональной диспепсией в сочетании с замедлением эвакуации из желудка. Данное исследование показано лишь при стойкой, органической диспепсии (кишечная непроходимость, сахарный диабет, болезни соединительной ткани, ятрогении). Гастродуоденальная манометрия и электрогастрография позволяют диагностировать нервно-мышечные дисфункции.

#### Лечение

Перед началом фармакотерапии необходимо проведение следующих мероприятий: 1) информационное воздействие на больного (разъяснительные беседы, нормализация образа жизни); 2) рекомендации по диете (снижение количества потребляемой пищи с ограничением жиров, кофе, алкоголя, отказ от курения; при раннем насыщении и вздутии живота после еды весьма ощутимую пользу приносит прием пищи малыми порциями до 6 раз в день).

При полном отсутствии эффекта показано медикаментозное лечение.

Обилие терапевтических схем, предложенных для лечения функциональной диспепсии, наглядно иллюстрирует недостаточное знание ее патогенеза и, вследствие этого, сомнительную эффективность. Результативность медикаментозного лечения и результативность плацебо ненамного отличаются друг от друга: от 20 до 60% лиц с функциональной диспепсией имеют положительный ответ на плацебо. Антисекреторные препараты (продолжительные антациды, антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов и ингибиторы протонного насоса) предпочтительны при язвенноподобном варианте, однако они эффективны лишь в 20% случаев [6]. Прокинетики назначают лицам с дискинетической диспепсией. Клиническая ценность эритромицина - антибиотика из группы макролидов с прокинетическими свойствами - ограничена обилием побочных эффектов и тахифилаксией. Висцеральные анальгетики (федотозин), спазмолитики (тримебутин), противорвотные средства (ондансетрон, гранисетрон), антидепрессанты и эрадикация *H. pylori* при функциональной диспепсии недостаточно эффективны.

Обычно проводятся прерывистые курсы лечения (2-4 нед). Лишь в отдельных случаях с упорной симптоматикой требуется непрерывная терапия.

#### Аэрофагия

Аэрофагия - ощущение распирания в эпигастрии, возникающее вследствие чрезмерного заглатывания воздуха и уменьшающееся после отрыжки воздухом. Аэрофагия есть бессознательный акт, не обязательно связанный с приемом пищи и **трактуемый** некоторыми авторами как вредная привычка.

#### Диагностические критерии

Как минимум на протяжении 12 нед в году отмечаются: 1) объективно верифицируемое заглатывание воздуха; 2) мучительная, повторяющаяся отрыжка воздухом.

Диагноз аэрофагии не может считаться твердо установленным без объективного (например, посредством рентгеноконтрастного исследования желудка) обнаружения факта чрезмерного заглатывания воздуха. Так как отрыжка иногда наблюдается в норме, особо следует подчеркнуть, что диагностически важным этот симптом считается лишь в том случае, если он сопровождается выраженными неприятными ощущениями. Чувство распирания в эпигастрии и другие составляющие дискомфорта у лиц с аэрофагией могут значительно уменьшаться после отрыжки воздухом. Вздутие живота (метеоризм) является по преимуществу признаком кишечного (например, СРК), а не гастродуоденального заболевания. Поэтому вряд ли обосновано требование, чтобы отрыжка воздухом приводила к уменьшению вздутия живота.

Диагноз аэрофагии в подавляющем большинстве случаев основан на данных анамнеза и факте объективной верификации чрезмерного заглатывания воздуха. В типичных случаях никакого обследования не требуется. Однако необходимо исключить психическое заболевание, особенно депрессивный синдром.

#### Лечение

Лечебные мероприятия обычно начинают с информационного воздействия на больного: успокоительные беседы и разъяснение сути заболевания, элементы психоанализа, методики снятия напряжения. Весьма полезными могут оказаться и диетические рекомендации (отказ от леденцов, жевательной резинки и газированных напитков, медленный прием пищи маленькими глотками). При их неэффективности показаны анксиолитики (транквилизаторы) и антиэметики с легким нейролептическим эффектом (этаперазин, тиэтилперазин) [7].

#### Функциональная рвота

Рвоту следует отличать от руминации (пищеводной рвоты), при которой без предшествующей тошноты наблюдается регургитация непереваренной пищи во время или сразу же после еды [8]. Согласно рекомендациям Согласительной комиссии (Рим, 1999), признаками функциональной рвоты являются следующие [9]: на протяжении

12 нед в году отмечаются многократные приступы рвоты в течение 3 дней в неделю при отсутствии: 1) руминации, гастроэнтерологических и психических заболеваний; 2) произвольно вызванной и медикаментозной рвоты; 3) заболеваний центральной нервной системы и метаболических расстройств.

Термин "психогенная рвота" не является общепринятым. Функциональная рвота - редкая ситуация в клинической практике. Ее следует дифференцировать от рвоты у больных с функциональной диспепсией. Круг дифференциальной диагностики весьма велик. В первую очередь следует исключить медикаментозный генез. Второе по частоте место занимают механическая обструкция различных отделов ЖКТ и заболевания центральной нервной системы.

Инструментальное обследование начинают с ЭГДС и рентгенографии тонкой кишки. По показаниям проводятся компьютерная томография и УЗИ. Осуществляют биохимический анализ крови, включая

электролиты. При отсутствии патологических результатов исследуют моторную функцию ЖКТ (например, эвакуация из желудка, электрогастрография, манометрия), что позволяет исключить нервно-мышечную дисфункцию. Исследование автономной (вегетативной) нервной системы дает возможность оценить возбудимость ЦНС, а магниторезонансная томография мозга - выявить объемные его новообразования.

Лечение

Больные с функциональной рвотой нуждаются в психотерапии. Из противорвотных средств предпочтительнее антиэметики с легким нейролептическим свойством, однако и они имеют переменный эффект. Иногда хорошие результаты приносит назначение высоких доз антидепрессантов. Лишь в отдельных случаях требуются оценка и коррекция пищевого статуса [10].

Литература

1. Chiba N, Bernard L, O'Brien BJ, et al. A Canadian physician survey of dyspepsia management. *Can J Gastroenterol* 1998; 12: 83-90.
2. Talley NJ, Silverstein M, Agreus L, et al. Technical review. Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 114: 582-95.
3. Koch KL. Dyspepsia of unknown origin. Pathophysiology, diagnosis and treatment. *Dig Dis* 1997; 15: 316-29.
4. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current European concepts in the management of Helicobacter Pylori infection - the Maastricht Consensus Report. The European Helicobacter pylori Study Group [EHPSG]. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 1-2.
5. Tack J, Piessevaux H, Coulie B, et al. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 115: 1586-7.
6. Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptoms in gastro-esophageal reflux disease. *Lancet* 1990; 335: 205-8.
7. Finney JS, Kinnorsley N, Hughes M, et al. Meta-analysis of antisecretory and gastrokinetic compounds in functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1998; 26: 312-20.
8. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45: 1137-42.
9. Malcolm A, Thumshirn MB, Camilleri M, et al. Rumination syndrome. *Mayo Clin Proc* 1997; 126: 646-52.
10. Clouse RE, Richter JE, Heading RC, et al. In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NY, et al. Eds. *Rome II: The functional gastrointestinal disorders*. 2nd edn. McLean VA: Degnon Associates, 2000.