

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра внутренних болезней

ДИСПЕПСИЯ

Выполнила: Сарман М.Т.

Группа: ВОП711-2

Алматы 2017

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Функциональная диспепсия (неязвенная, идиопатическая, эссенциальная) - это заболевание, для которого характерны неприятные ощущения (боль, жжение, вздутие, чувство переполнения после приема пищи, чувство быстрого насыщения), локализуемые в эпигастральной области, при которых не удастся выявить каких-либо органических или метаболических изменений, способных вызвать указанные симптомы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

КЛАССИФИКАЦИЯ СИНДРОМА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ (СФД) В
СООТВЕТСТВИИ С "РИМСКИМИ КРИТЕРИЯМИ III" (ВЫРАБОТАНЫ КОМИТЕТОМ ПО
ИЗУЧЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖКТ В 2006 ГОДУ):

- **В1** - функциональная диспепсия:
 - **В1а** - постпрандиальный 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.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

СФД в настоящее время недостаточно изучены и являются спорными.

Среди возможных причин, способствующих развитию ФД, рассматривают следующие факторы:

- погрешности в питании;
- гиперсекреция соляной кислоты;
- вредные привычки;
- прием лекарственных средств;
- инфекция *H. pylori*;
- нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки;
- психические нарушения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Пол: Все

Возраст: взрослый

Признак распространенности: Распространено

Соотношение полов(м/ж): 0.5

По данным разных авторов, от диспепсии страдают 30-40% населения Европы и Северной Америки.

Ежегодная заболеваемость синдромом диспепсии составляет около 1%. При этом на долю функциональной диспепсии выпадает от 50 до 70% случаев.

У женщин функциональная диспепсия встречается вдвое чаще, чем у мужчин.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинические критерии диагностики:

боли в животе, вздутие живота, голодные боли, ночные боли, тошнота, дискомфорт после еды

Симптомы, течение:

Клинические особенности различных вариантов функциональной диспепсии (в соответствии с "Римскими критериями II").

Язвенноподобный вариант. Симптомы:

- боли локализованы в подложечной области;
- боли проходят после приема антацидов;
- голодные боли;
- ночные боли;
- периодические боли.

Дискинетический вариант. Симптомы:

- чувство быстрого насыщения;
- чувство переполнения в эпигастрии;
- тошнота;
- ощущение вздутия в верхней части живота;
- ощущение дискомфорта, усиливающееся после еды;

Примечание. В соответствии с новой классификацией тошноту не относят к симптомам ФД. Пациентов, у которых тошнота выступает доминирующим симптомом, рассматривают как страдающих **синдромом функциональной тошноты и рвоты.**

У пациентов с ФД зачастую присутствуют симптомы функциональных расстройств других органов и систем. Особенно распространенным является сочетание ФД с синдромом раздраженного кишечника. В связи с полиморфизмом симптомов часто пациенты наблюдаются у врачей различных специальностей одновременно.

У значительной части больных выражены такие жалобы астенического характера, как повышенная утомляемость, общая слабость, разбитость.

Клиническая картина ФД характеризуется нестабильностью и быстрой динамикой жалоб: у больных присутствуют колебания интенсивности симптомов в течение суток. У некоторых пациентов заболевание имеет четко выраженный сезонный или фазный характер.

При изучении анамнеза заболевания, возможно проследить, что симптоматическое лечение обычно не приводит к стабильному улучшению в состоянии пациента, а прием препаратов имеет нестойкий эффект. Иногда наблюдается эффект ускользания симптома: после успешного завершения лечения диспепсии, больные начинают высказывать жалобы на боль внизу живота, сердцебиение, проблемы со стулом и т.д. В начале лечения нередко наблюдается быстрое улучшение самочувствия, но накануне завершения курса терапии или выписки из стационара симптомы

ДИАГНОСТИКА

Диагноз функциональной диспепсии (ФД) может быть установлен при соблюдении следующих условий:

1. Продолжительность симптомов не менее трех последних месяцев, притом, что дебют заболевания произошел не менее полугода назад.
2. Симптомы не могут исчезать после акта дефекации или возникать в сочетании с изменением частоты или консистенции стула (признак синдрома раздраженного кишечника).
3. Изжога не должна быть доминирующим симптомом (признак гастроэзофагеальной рефлюксной болезни).
4. Тошноту нельзя рассматривать как симптом диспепсии, поскольку это ощущение имеет центральный генез и не возникает в эпигастрии.

Согласно "Римским критериям III", СФД включает постпрандиальный дистресс-синдром и синдром эпигастральной боли.

Постпрандиальный дистресс-синдром

Диагностические критерии (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, постпрандиальная тошнота и отрыжка;
- может сочетаться с синдромом эпигастральной боли.

Синдром эпигастральной боли

Диагностические критерии (должен включать все перечисленные симптомы):

- боль или жжение в эпигастрии средней или высокой интенсивности, возникающие не реже одного раза в неделю;
- боль носит интермиттирующий характер;
- боль не распространяется на другие отделы живота и грудной клетки;
- дефекация и отхождение газов не приносят 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 приемом пищи, но может возникать и натощак;
- может возникать в сочетании с постпрандиальным дистресс-синдромом.

В случае, когда не удастся четко выделить преобладающие симптомы, возможна постановка диагноза без уточнения варианта течения заболевания.

Для исключения органических заболеваний, способных вызвать диспепсию, применяют эзофагогастродуоденоскопию и УЗИ органов брюшной полости. По показаниям можно назначать и другие инструментальные исследования.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Лабораторная диагностика выполняется с целью дифференциальной диагностики и включает в себя клинический и биохимический анализ крови (в частности содержание эритроцитов, лейкоцитов, показатели СОЭ, уровень АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, глюкозы, креатинина), общий анализ кала и анализ кала на скрытую кровь.

Патогномоничные лабораторные признаки диспепсии отсутствуют.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

При проведении дифференциальной диагностики важное значение имеет своевременное выявление так называемых "симптомов тревоги". Обнаружение хотя бы одного из перечисленных симптомов требует тщательного исключения тяжелых органических заболеваний.

«Симптомы тревоги» при синдроме диспепсии:

- дисфагия;
- рвота с кровью, мелена, алая кровь в стуле;
- лихорадка;
- немотивированное похудание;
- анемия;
- лейкоцитоз;
- повышение СОЭ;
- появление симптомов впервые в возрасте старше 40 лет.

Наиболее часто возникает необходимость дифференцировать ФД с другими функциональными расстройствами, в частности с **синдромом раздраженного кишечника**. Симптомы диспепсии при СФД не должны быть связаны с актом дефекации, нарушением частоты и характера стула. Тем не менее, следует иметь в виду, что эти два расстройства нередко сочетаются.

Также осуществляется дифференциация СФД с такими функциональными заболеваниями желудка, как **аэрофагия** и **функциональная тошнота и рвота**. Диагноз аэрофагии ставится на основе жалоб на отрыжку, которая наблюдается у больного не менее трех месяцев в течение года, и объективного подтверждения наличия повышенного заглатывания воздуха.

Диагноз функциональной тошноты или рвоты ставится в случае, если у больного присутствуют тошнота или рвота не реже одного раза в неделю в течение года. При этом тщательное обследование не выявляет других причин, объясняющих наличие этого симптома.

В целом дифдиагностика синдрома функциональной диспепсии предусматривает прежде всего исключение органических заболеваний, протекающих с аналогичными симптомами, и включает в себя следующие **методы исследования**:

- **Эзофагогастродуоденоскопия** - позволяет выявить рефлюкс-эзофагит, язвенную болезнь желудка, опухоли желудка и другие органические заболевания.
- **Ультразвуковое исследование** - дает возможность обнаружить хронический панкреатит, желчнокаменную болезнь.
- **Рентгенологическое исследование.**
- **Электрогастроэнтерография** - выявляет нарушения гастродуоденальной моторики.
- **Сцинтиграфия желудка** - применяется для обнаружения гастропареза.
- **Суточное мониторирование рН** - позволяет исключить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.
- Определение инфицированности слизистой оболочки желудка **Helicobacter pylori**.
- **Эзофагоманометрия** - применяется для оценки сократительной активности пищевода, скоординированности его перистальтики с работой нижнего и верхнего пищеводных сфинктеров (НПС и ВПС).
- **Антродуоденальная манометрия** - позволяет исследовать моторику желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- Купирование болевого синдрома;
- Нормализация моторных нарушений.

Выбор лечебных мероприятий зависит от клинического варианта функциональной диспепсии.

Тактика лечения

Немедикаментозное лечение

Режим:

Режим 1 – постельный;

Режим 2 – полупостельный;

Режим 3 – общий.

Диета №1 (в период обострения);

Диета №5 (в период ремиссии) в зависимости от индивидуальной переносимости продуктов.

Необходимо исключить:

- животные жиры, копченые блюда,
- крепкие мясные, рыбные и грибные бульоны, щи, борщи,
- ржаной хлеб, свежая выпечка, блины,
- газированные напитки, кофе,
- редис, острые приправы.

Допускается употребление в пищу следующих продуктов:

- белый хлеб, лучше вчерашний, сухари из белого хлеба, сухое несдобное печенье;
- вегетарианские супы, супы на некрепких бульонах, супы-пюре,
- отварное мясо, паровые котлеты, фрикадельки (говядина, курица, кролик, индейка), отварная рыба;
- каши (манная, рисовая, гречневая, овсяная) с добавлением молока,
- макаронные изделия, яйца всмятку, паровые омлеты,
- молоко цельное и сгущенное, творог, кефир, йогурт, неострый сыр,
- кисель, желе, компот из сладких сортов ягод и фруктов,
- отварные овощи (свеклы, картофеля, кабачков, тыквы, цветной капусты),
- сырая тертая морковь, сладкие груши без кожуры, бананы, печеные яблоки.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Антисекреторная терапия;
- Коррекция моторных нарушений;
- Эрадикационная терапия при наличии Н.р.;
- Нормализация деятельности ЦНС.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОКАЗЫВАЕМОЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- Омепразол, капсулы, таблетки 20 мг;
- Рабепразол капсулы, таблетки 20 мг;
- Домперидон таблетки 10 мг;

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- Кларитромицин таблетки 250 мг, 500 мг;
- Метронидазол 250 мг;
- Амоксициллин 250 мг, 500 мг, 1000 мг;
- Алгелдрат + магния гидроксид суспензия, пакетик;
- Павлова микстура флакон, 200 мл;
- Экстракт валерианы таблетки 0,02.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОКАЗЫВАЕМОЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- Омепразол, капсулы, таблетки 20 мг;
- Рабепразол капсулы, таблетки 20 мг;
- Алгелдрат+ магния гидроксид, пакетик;
- Кларитромицин таблетки 250 мг, 500 мг;
- Метронидазол таблетки 250 мг;
- Амоксициллин таблетки 250 мг, 500 мг, 1000 мг;
- Домперидон таблетки 10 мг;
- Метоклопрамид 0,5% ампулы по 2 мл.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- Тримебутин – таблетки 200 мг с 12 лет;
- Гиосцинбутилбромид (драже 10 мг, раствор для инъекций: 1 мл в ампулах, свечи 10 мг);
- Мебеверин капсулы 200 мг;
- Папаверин таблетки 0,01 г; 0,04 г.
- Дротаверин таблетки 40 мг.
- Пинаверия бромид таблетки 50мг
- Панкреатин таблетки, капсулы по 4500 Ед, 10 000 Ед.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ

Лечебные мероприятия:	Группы препаратов	Наименование препарата, дозировка, продолжительность
Антисекреторная группа	Ингибиторы протонной помпы	Омепразол, 0,5-1 мг/кг/сутки, 10 дней
		Рабепразол, 0,5-1 мг/кг/сутки, 10 дней
	Антацидные средства	Алгелдрат+магния гидроксид, 1-3 пакетика, 3-5 дней
Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений	Прокинетики	Домперидон — в дозе 0,5-1 мг/кг массы тела/сутки 7-10 дней
		Метоклопрамид в дозе 0,5-1 мг/кг массы тела/сутки 1-3 дня
		Тримебутин детям с 12 лет по 50 мг 3 раза в сутки 7-10 дней
	Спазмолитические препараты	Мебеверин с 6 лет в дозе 2,5 мг/кг в 2 приема за 20 мин до еды 5-7 дней
		Папаверин назначают детям старше 10 лет по 0,005–0,06 г 2 раза в сутки 3-5 дней
		Дротаверин назначают детям до 6 лет внутрь по 0,01–0,02 г 1–2 раза в сутки, детям 6–12 лет по 0,02 1–2 раза в сутки 3-5 дней.
		Пинаверия бромид по 50–100 мг 3 раза в день детям школьного возраста 7-10 дней.

Эрадикационная терапия	Антибактериальная терапия	Кларитромицин 7,5 мг/кг/сутки, 10 дней
		Метронидазол 20-40 мг/кг/сутки, 10 дней
		Амоксициллин 25 мг/кг/сутки, 10 дней
Нормализация деятельности ЦНС	Седативная терапия	Павлова микстура, 0,5-1 чайная ложка 2-3 раза в день, 10-12 дней Экстракт валерианы, 100-200 мг/сутки, 10-12 дней
Улучшение пищеварения	Ферментотерапия	Панкреатин по 500-700 ЕД липазы на / кг веса в сутки, 7-10 дней

ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика:

- Правильное питание в соответствии с возрастом ребенка (режим, ритм, сбалансированность);
- отказ от вредных привычек;
- обследование на гельминтозы;
- санация полости рта;
- минимизация воздействия вредностей;
- соблюдение гигиенических правил.

Вторичная профилактика:

- диетическое питание в соответствии с особенностями функционального состояния желудка;
- регулярная физическая активность;
- закаливание.