



Функциональная диспепсия

Распространенность в России

**15-20% -
от 21 до 28 млн. пациентов
в той или иной степени,
хронически испытывающих
диспепсические жалобы**



Диспепсия

Диспепсия с установленной причиной (органическая).

-может наблюдаться при ГЭРБ, язвенной болезни, раке желудка, заболеваниях поджелудочной железы, желчного пузыря и при ряде системных заболеваний (системная склеродермия, сахарный диабет), а также при беременности - органические причины диспепсии.

Диспепсия без установленной причины (функциональная).

Согласно Римским критериям-III (2006 г.), к функциональной диспепсии относят клинические проявления, развившиеся вследствие нарушений моторики желудка и ДПК, не связанные с какой-либо органической патологией и наблюдающиеся на протяжении более 12 недель (не менее 12 недель на протяжении 12 месяцев).

Эпидемиология органической и функциональной желудочной диспепсии

В странах Западной Европы и в России диспепсия выявляется у 30–40% населения

- органическая диспепсия – 33–40%

- функциональная диспепсия – 60–67%



Клиника

- **Синдром диспепсии:** ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение),

Вздутие в эпигастральной области – чувство распираания в подложечной области; его нужно отличать от видимого вздутия живота

- локализованное в подложечной области ближе к срединной линии, которое может быть связано или не связано с приемом пищи

Раннее насыщение – ощущение переполнения желудка сразу после начала еды независимо от объема принятой пищи

Основные диспепсические жалобы

Тупого, сверлящего или жгущего характера в верхней части живота





ГЭРБ-

**Гастроэзофагеально-
рефлюксная болезнь**

Монреальское определение ГЭРБ

«ГЭРБ – это состояние, развивающееся в случаях, когда заброс содержимого желудка в пищевод вызывает у больного причиняющие неудобство симптомы и/или приводит к развитию осложнений»

Пищеводные симптомы

Типичные синдромы

- Типичный синдром рефлюкса
- Боль за грудиной

Синдромы повреждения пищевода

- Рефлюкс-эзофагит
- Рефлюкс-стриктура
- Пищевод Барретта
- Аденокарцинома

Внепищеводные симптомы

Достоверно связанные

- Рефлюкс-кашель
- Рефлюкс-ларингит
- Рефлюкс-астма
- Рефлюкс-кариес

Вероятно связанные

- Фарингит
- Синусит
- Идиопатический легочный фиброз
- Рецидивирующий отит

ГЭРБ - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Рефлюксные симптомы

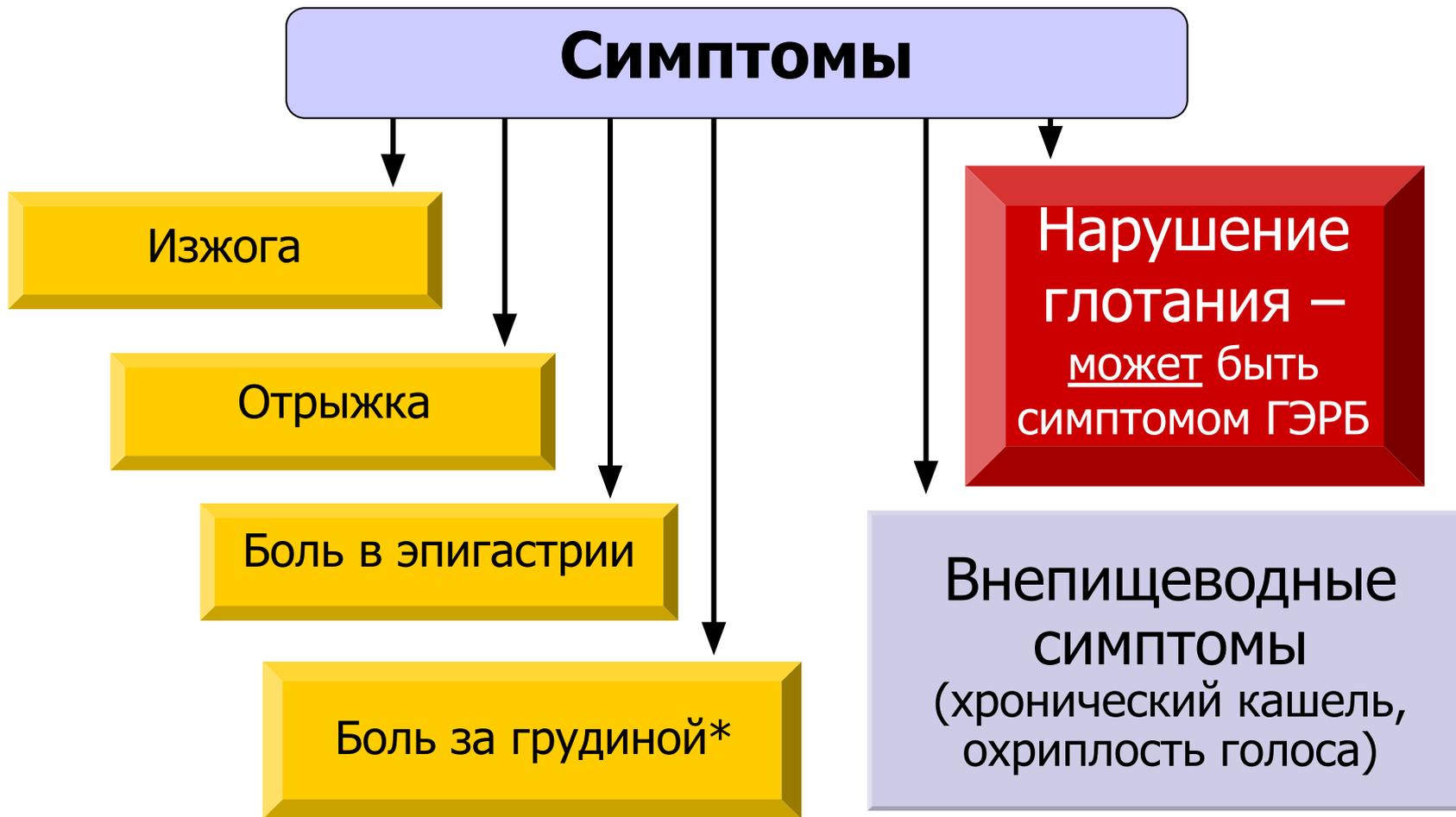


The diagram features a large iceberg floating in a grey sea. The top part of the iceberg is light blue and contains text about typical GERD symptoms. The bottom part is submerged and shaded a darker teal, containing text about atypical symptoms. To the right of the iceberg, a white sailboat with a red, white, and green flag is sailing on the water's surface.

**Больные с
типичными
проявлениями ГЭРБ**

**Пациенты с атипичными
(внепищеводными) симптомами**

Для выявления ГЭРБ может быть достаточно только клинических симптомов



*При исключении возможных причин, связанных с заболеваниями сердца

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

- **Хроническое воспаление слизистой оболочки желудка с нарушением ее физиологической регенерации и прогрессирующей атрофией железистого эпителия**
- **Диагноз ХГ – диагноз гистологический**
- **2,5-3% всего населения**
- **~ 50% больных с патологией ЖКТ**

Классификация хронического гастрита (Хьюстон, 1994 г.)

- Неатрофический гастрит (поверхностный, диффузный антральный, гиперсекреторный, тип В)
- Атрофический гастрит:
 - аутоиммунный (тип А, диффузный тела желудка, ассоциированный с пернициозной анемией)
 - мультифокальный (встречается в странах с высокой заболеваемостью раком желудка)
- Особые формы:
 - химический (реактивный рефлюкс-гастрит, тип С)
 - радиационный
 - лимфоцитарный (ассоциированный с целиакией)
 - неинфекционный гранулематозный
 - эозинофильный (аллергический)
 - другие инфекционные формы, вызванные различными микроорганизмами, исключая НР

ХРОНИЧЕСКИЙ АУТОИММУННЫЙ ГАСТРИТ(А)

- **Обусловлен генетическими факторами: часто носит семейный характер; часто сочетается с аутоиммунными заболеваниями (тиреоидит Хашимото, сахарный диабет I типа, болезнь Аддисона-Бирмера**
- **Типична прогрессирующая атрофия слизистой оболочки желудка в результате иммунного воспаления, вызванного антителами к обкладочным клеткам**
- **Преимущественная локализация в теле и дне желудка**
- **Может сочетаться с пернициозной анемией и раком желудка**

НР-ассоциированный хронический гастрит (В)

- Начинается в молодом возрасте как антральный гастрит
- Возможны два варианта прогрессирования –
- распространение воспаления в проксимальном направлении с формированием гастрита тела желудка
- и пангастрита (угроза формирования язвы желудка и дистального рака желудка – раковый фенотип),
- или вовлечение в процесс двенадцатиперстной кишки и формированием пилородуоденита и дуоденальной язвы (язвенный фенотип)

ХРОНИЧЕСКИЙ ХИМИКО- ТОКСИКОИНДУЦИРОВАННЫЙ РЕФЛЮКС- ГАСТРИТ(С)

- В основе заболевания - рефлюкс кишечного содержимого в желудок (часто после операции резекции желудка, нарушение моторики пилорического сфинктера)
- Вторая форма - ятрогенный медикаментозный гастрит (НПВП-гастропатия)

Клинические признаки

- **Симптомы желудочной диспепсии:**
 - снижение аппетита,
 - горький или металлический вкус во рту,
 - отрыжка,
 - тошнота,
 - чувство раннего насыщения,
 - изжога
- Ощущение тяжести или тупые боли в эпигастрии (боли ранние и обычно при пангастрите)
- Возможен язвенноподобный тип болей при НР-ассоциированном гастрите
- **Кишечная диспепсия:**
 - поносы,
 - Метеоризм
 - **Диагностика**
- эндоскопический метод (с биопсией)
- выявление НР

НПВП–ассоциированная диспепсия

□ Типично:

- гастралгии,
 - чувство тяжести,
 - «жжения» в эпигастрии,
 - тошнота, появление которых в большей степени определяется контактным раздражающим действием препаратов.
 - **НПВП–гастропатия**
- На ФГДС: множественные полигональные эрозии, обычно бессимптомные, язвенные дефекты, кровотечения/перфорации.

Принципы лечения заболеваний желудка



Основная цель лечения больных — улучшение объективного и субъективного состояния, включая устранение болей и диспепсических расстройств.

Ни в коем случае нельзя вводить жесткие ограничительные диеты

Избегать пищи, провоцирующей появление симптомов

Исключать курение и алкоголь

Избегать приема НПВП*

Медикаментозное лечение ФД

При ЭБС (язвенноподобном) варианте ФД показаны:

- ингибиторы секреции соляной кислоты – ИПП, H₂-гистаминоблокаторы

A | Домперидон внутрь 20 мг (10 мг)
3–4 р/сут, 3–4 нед

Общие рекомендации по диете и поведенческому

режиму :

1. Режим питания

- частое дробное питание, избегать обильного приема пищи и не есть на ночь (последний прием пищи за 3 часа до сна);
- не разговаривать во время еды;
- после приема пищи избегать наклонов вперед и не ложиться в течение 1-1,5 часа;
- ограничить потребление продуктов, снижающих давление НПС и оказывающих раздражающее действие (животные жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые, томаты, газированные напитки);
- использовать жевательную резинку после каждого приема пищи для улучшения очищения пищевода слюной.

2. Не носить тесную одежду и тугой пояс

3. Отказаться от курения

4. Контроль за массой тела и состояниями, повышающими внутрибрюшное давление

5. Ограничить прием лекарств, вызывающих рефлюкс

(антихолинергические, седативные, транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, теофиллин, простагландины, пролонгированные нитраты)

6. Спать с приподнятым головным концом кровати (не менее чем на 15 см)

Антисекреторная терапия

А

Лансопразол внутрь 30 мг (15 мг)
1 р/сут, 4—6 нед **или**

Омепразол внутрь 20 мг (10 мг)
1 р/сут, 4—6 нед **или**

Пантопразол внутрь 40 мг (20 мг)
1 р/сут, 4—6 нед **или**

Рабепразол 20 мг (10 мг) 1 р/сут
или

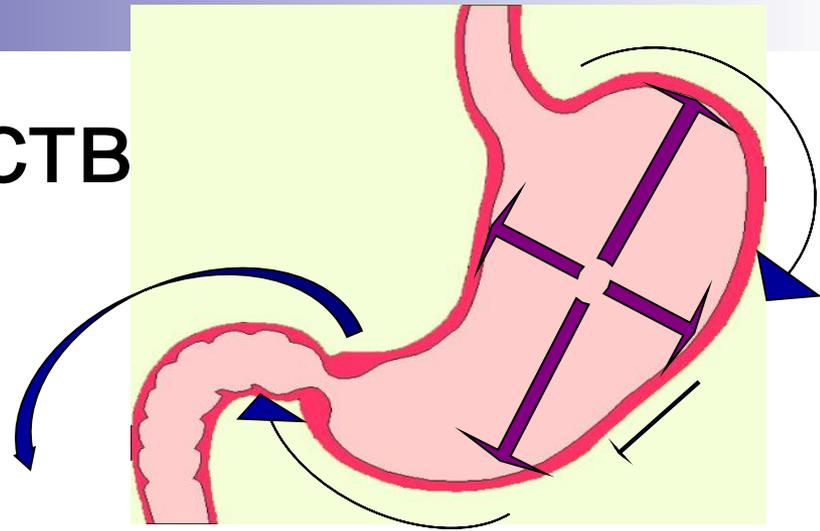
Эзомеразол внутрь 40 мг (20 мг)
1 р/сут, 4—6 нед **или**

Ранитидин 300 мг 1 р/сут, 4—6 нед,
затем 150 мг 1 р/сут, 2—4 нед **или**

Фамотидин 40 мг 1 р/сут, 4—6 нед,
затем 20 мг 1 р/сут, 2—4 нед

Омес Д (свойств

Комбинированный препарат осуществляет два действия:



Омепразол (ингибитор протонной помпы) – антисекреторный препарат, **снижает желудочную секрецию.**

Домперидон (прокинетик) - повышает тонус нижнего сфинктера пищевода, **нормализует моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, что позволяет пище своевременно проходить физиологические этапы пищеварения.**

Лечение ГЭРБ

- ИПП – 1-2 раза в сутки
- блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов
- прокинетики (домперидон)
- Антациды
- Продолжительность терапии:
 - неэрозивной ГЭРБ 4-6 недель,
 - эрозивной ГЭРБ – 8-12 недель

Поддерживающая терапия:

- неэрозивная ГЭРБ – «по требованию» ИПП в полной или половинной дозе
- эрозивная ГЭРБ – 26-52 недели ИПП в полной или половинной дозе

Лечение хронического гастрита

- Рациональная диета и правильный режим питания (исключение трудно перевариваемых и длительно задерживающихся в желудке продуктов - жирные и жареные блюда, копчености, а также раздражающих слизистую оболочку - соленья, маринады, пряности)
- При гиперсекреции:
 - ИПП
 - H₂-гистаминоблокаторы
 - антациды
- Прокинетики - по показаниям
 - мотилиум 0,01-0,02 г 3 раза в день

Эрадикация НР у больных с НР-ассоциированным гастритом

■ Семидневные схемы

■ № 1

- омепразол 20 мг — 2 раза в день
- + кларитомидин (клацид) 250 мг — 2 раза в день
- + метронидазол (трихопол) 500 мг — 2 раза в день в конце еды

■ № 2

- омепразол 20 мг — 2 раза в день
- + амоксицилин по 1 г — 2 раза в день в конце еды
- + метронидазол (трихопол) 500 мг — 2 раза

■ № 3

- ринитидин (пилорид) 400 мг — 2 раза в день
- + кларитомидин 250 мг или тетрациклин 500 мг — 2 раза в день
- + метронидазол (трихопол) 400-500 мг — 2 раза,

■ Десятидневная

- ринитидин (пилорид) 300 мг — 2 раза в день (или фамотидин)
- + калиевая соль двузамещенного цитрата висмута 108 мг — 5 раз в день
- + метронидазол 200 мг — 5 раз в день
- + тетрациклина гидрохлорид 250 мг — 5 раз в день после еды

Благодарю за внимание!

