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).

Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology 2006; 130 (5): 1466–79.

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 распирания 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 объма 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

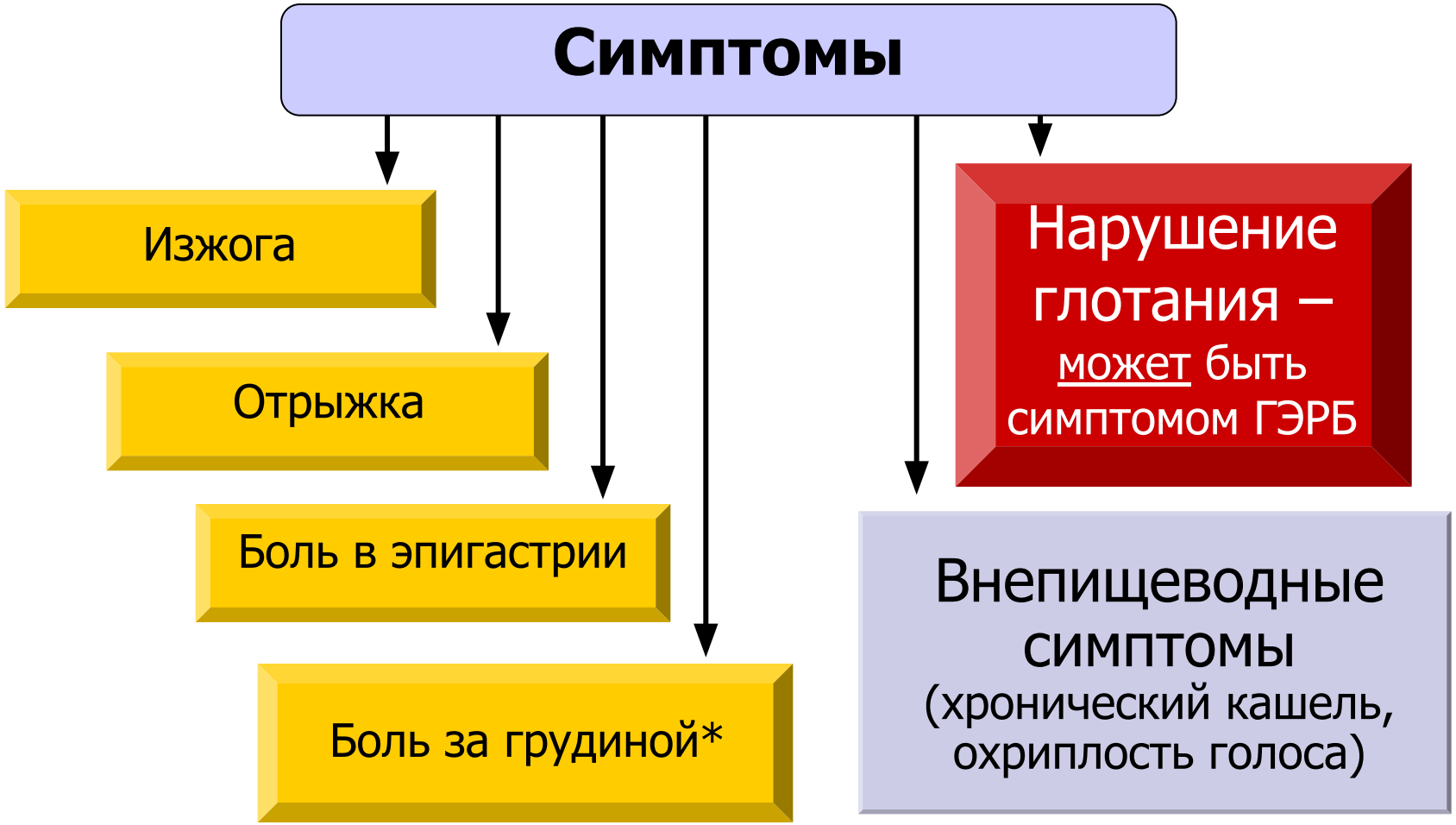
- Фарингит
- Синусит
- Идиопатический легочный фиброз
- Рецидивирующий отит

ГЭРБ - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Vakil N et al. Am J Gastroenterol 2006;101:1900-1920

Рефлюксные симптомы

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

HP-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 HP-ассоциированном гастрите**
- **Кишечная диспепсия:**
- **поносы,**
- **Метеоризм**
- **Диагностика**
- **эндоскопический метод (с биопсией)**
- **выявление HP**

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, провоцирующий появление симптомов

Исключать курение и алкоголь

Избегать приема НПВП*

Медикаментозное лечение ФД

При ЭБС (язвенноподобном) варианте ФД показаны:

- ингибиторы секреции соляной кислоты – ИПП, Н2-гистаминоблокаторы

А | *Домперидон внутрь 20 мг (10 мг) 3—4 р/сут, 3—4 нед*

Общие рекомендации по диете и поведенческом 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)

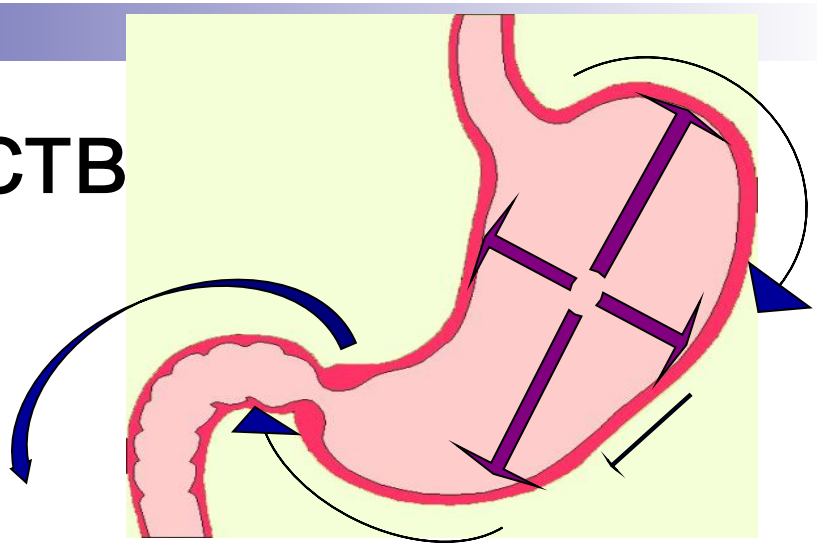
6. Спать с приподнятым головным концом кровати (не менее чем на 15 см)

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***
Эзомепразол 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

Омез 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 двенадцати-перстной 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 - соления, маринады, пряности)
- При гиперсекреции:
  - ИПП
  - H_2-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
- + кларитомицин (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
- + кларитомицин 250 мг или тетрамициклин 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!