

Функциональная диспепсия:

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ РИМСКИХ КРИТЕРИЕВ IV

Р.Г. МЯЗИН

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших борцов, д. 1

Информация об авторе:

Мязин Роман Геннадиевич – к.м.н., врач-гастроэнтеролог, врач-терапевт высшей квалификационной категории, кафедра пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7 (8442) 98-92-95; e-mail: naclo@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Современное лечение функциональной диспепсии (ФД) на основании Римских критериев IV пересмотра включает в себя применение лекарственных препаратов, достоверно устраняющих клинические проявления болезни и обладающих хорошей переносимостью при их использовании.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, Римские критерии IV, диагностика, лечение

Для цитирования: Мязин Р.Г. Функциональная диспепсия: современные аспекты диагностики и лечения с позиций Римских критериев IV. *Медицинский совет.* 2019; 6: 82-85. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-82-85>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Functional dyspepsia:

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT FROM THE POSITIONS OF THE ROME CRITERIA IV

Roman G. MYAZIN

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Volograd State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation: 400131, Russia, Volgograd, Ploschad Pavshikh Boitsov, 1

Author credentials:

Myazin Roman Gennadyevich – PhD, gastroenterologist, therapist of high graduate category, propaedeutic of internal diseases department of Volgograd State Medical University Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation; 8 (8442) 98-92-95; e-mail: naclo@mail.ru

ABSTRACT

Modern therapy of functional dyspepsia (FD) based on the Rome criteria for revision IV includes the use of drugs that reliably eliminate clinical manifestations of the disease and are well tolerated in their use.

Keywords: functional dyspepsia, Rome criteria IV, diagnosis, treatment

For citing: Myazin R.G. Functional dyspepsia: modern aspects of diagnosis and treatment from the positions of the rome criteria IV. *Meditsinsky Sovet.* 2019; 6: 82-85. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-82-85>.

Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

Функциональные гастроинтестинальные симптомы известны практикующим врачам уже на протяжении нескольких столетий. Причинами функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГИР) являются нарушения координации центральной нервной системы, что формирует висцеральную гиперчувствительность с нарушением моторики ЖКТ, изменением слизистого защитного барьера, системы иммунитета и состава микрофлоры кишечника (рис. 1) [1].

В структуре ФГИР одной из наиболее часто встречающихся форм является функциональная диспепсия.

Функциональная диспепсия (ФД) определяется как комплекс клинических симптомов – боль или жжение в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области после еды и раннее насыщение, возникшие не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза и отмечающиеся в течение последних 3 месяцев [2]. Согласно данным медицинской статистики, в мире ФД страдает от 10 до 30% населения трудоспособного возраста, чаще женщины [3].

ФД подразделяется на два подвида: постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) и синдром боли в эпигастриальной области (СБЭ). Диагноз «ФД» ставится после исключения органической патологии ЖКТ: язвенной болезни, НПВС-гастропатии, рака желудка и др.

В конце 1980-х гг. при поддержке ведущих гастроэнтерологов мира была создана общественная организация: «Римский фонд». Ее основной целью стало изучение патофизиологии ФГИР, разработка классификации, диагностических критериев и алгоритмов ведения больных. Для диагностики ФГИР были разработаны 4 версии так называемых Римских критериев (Rome Criteria), которые были опубликованы в 1994, 1999, 2006 и 2016 гг. соответственно.

Последние Римские критерии IV пересмотра (2016) именуют функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта «расстройствами взаимодействия между головным мозгом и желудочно-кишечным трактом (disorders of gut-brain interaction)» [4]. Диагноз «ФД» рекомендовано ставить, ориентируясь на соответствие жалоб больного Римским критериям при отсутствии «симптомов тревоги» [5]. Важным дополнением для практикующего врача в Римских критериях IV служит указание, что «разные варианты ФД (ПДС и СБЭ) могут сочетаться друг с другом, а также с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и синдромом раздраженного кишечника (СРК)». Это служит основанием для постановки нескольких самостоятельных диагнозов и

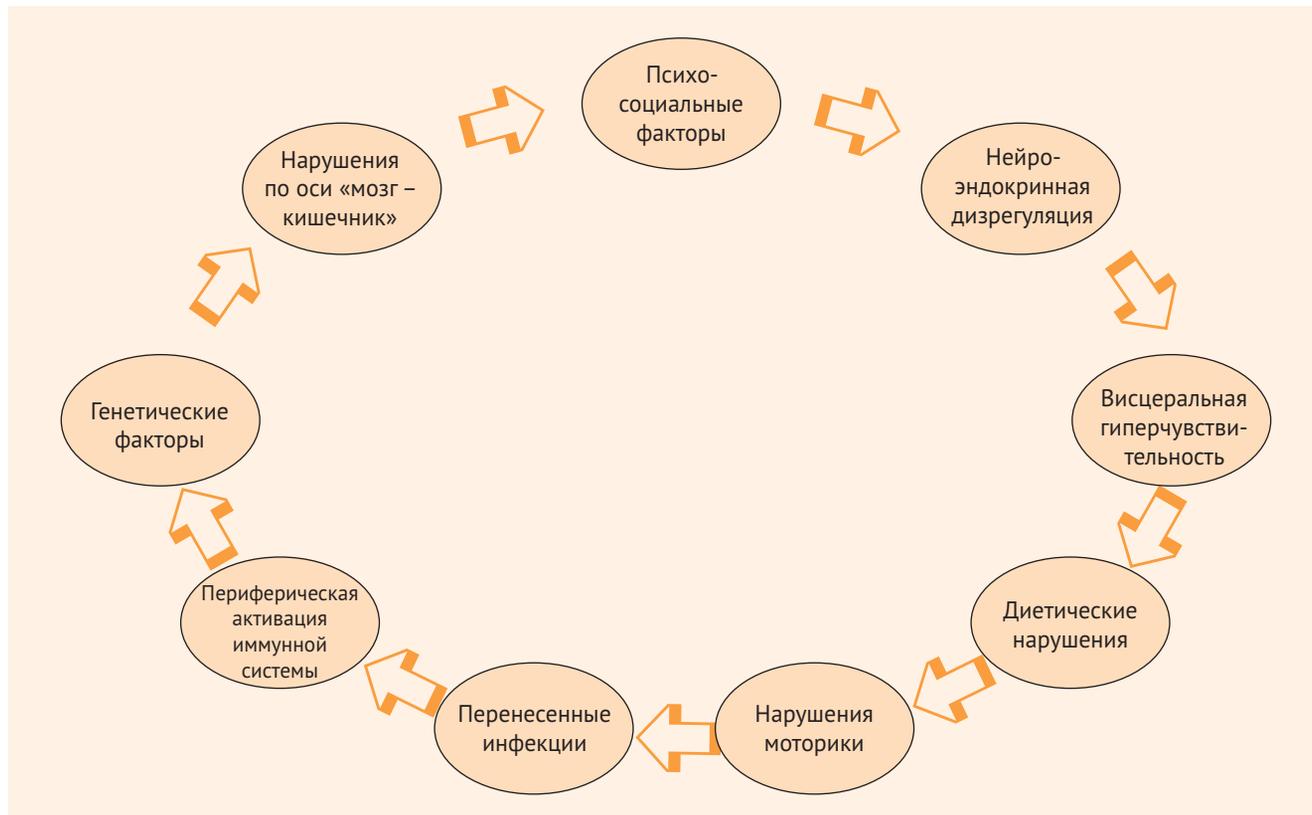
применения соответствующей диагностической и терапевтической тактики. Также, согласно Римским критериям IV, врач вправе рассматривать тошноту и отрыжку как «возможные дополнительные признаки ФД», что облегчает формулировку диагноза.

Патогенез ФД, согласно Римским критериям IV, является комплексным, включая ряд патофизиологических факторов [6]. К ним относятся:

- нарушение эвакуаторной функции желудка (замедленное опорожнение у 25–35% больных и ускоренное – менее чем у 5% пациентов с ФД);
- расстройства аккомодации желудка (способности фундального отдела расслабляться после приема пищи) наблюдаются примерно у 30% пациентов с ФД;
- гиперчувствительность желудка и двенадцатиперстной кишки к растяжению, а также по отношению к соляной кислоте и липидам;
- перенесенные инфекции;
- воспаление двенадцатиперстной кишки низкой степени активности;
- повышение проницаемости слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и увеличение содержания эозинофилов в ней (дуоденальная эозинофилия).

Диагноз «ФД» сегодня выставляется на основании жалоб и истории развития заболевания, отсутствия «симптомов тревоги» и ятрогенных факторов. Гастродуоденоскопию рекомендовано проводить всем пациентам, у которых выявляются «симптомы тревоги» [5].

- **Рисунок 1.** Схема патогенеза развития функциональных гастроинтестинальных расстройств (по Drossman D.A., 2016)
- **Figure 1.** Diagram of the pathogenesis of the development of functional gastrointestinal disorders (according to Drossman D.A., 2016)



Поскольку функциональные заболевания ЖКТ характеризуются нарушением взаимодействия ЦНС и периферического звена нервной системы, обеспечивающего деятельность органов ЖКТ, на сенсорном, моторном и нейроэндокринном уровнях, то, по Римским критериям IV, эти заболевания являются классическими психосоматозами [4, 7]. В связи с этим нередко у пациентов с ФД диагностируются тревожность и депрессия. Для диагностики тревожно-депрессивных расстройств при ФД используются специальные опросники [8, 9].

Со стороны пациентов причиной недостаточного выявления депрессий и тревожных расстройств у пациентов с патологией ЖКТ является фиксация больных на физических аспектах своего состояния. Со стороны врачей – снижение внимания к психологическим аспектам состояния соматических пациентов. Для субъективной оценки пациентами степени боли, дискомфорта, а также качества жизни используются простая описательная шкала интенсивности боли, числовая шкала боли, визуально-аналоговая шкала (ВАШ) и др. (рис. 2) [10, 11].

Диагностическими критериями постпрандиального дистресс-синдрома (ПДС) является возникающее несколько раз в неделю беспокоящее больного чувство полноты (тяжести в эпигастрии) после еды при приеме обычного объема пищи и (или) чувство быстрой насыщаемости, не дающее завершить прием пищи. Данные симптомы могут сопровождаться тошнотой, отрыжкой, ощущением вздутия в верхней части живота, эпигастральной болью [12–18].

Синдром боли в эпигастральной области (СБЭ), характерный для функциональной диспепсии, проявляется периодическими болями или жжением (как минимум умеренной интенсивности) с частотой не менее одного раза в неделю. Боль негенерализованная, имеет четкую эпигастральную локализацию, не изменяется после дефекации и отхождения газов. Признаков нарушения функ-

ции желчного пузыря и сфинктера Одди не наблюдается. Дополнительными критериями СБЭ служат жгучий характер боли без ретростернального компонента, связь болевого синдрома с приемом пищи или возникновение боли натощак, а также сопутствующий постпрандиальный синдром [6–13].

При сборе анамнеза у пациентов с ФД целесообразно учитывать специфические жалобы, которые пациенту предлагается оценить по шкале выраженности симптомов в баллах от 0 до 3 [16]:

- 3 балла – симптом был сильно выражен, его выраженность значительно осложняла обычную жизнедеятельность пациента;
- 2 балла – выраженность симптоматики была умеренной, однако наличие симптомов влияло на повседневную активность пациента;
- 1 балл – выраженность симптомов была слабой, на обычную жизнедеятельность пациента не влияла;
- 0 баллов – симптоматика отсутствовала.

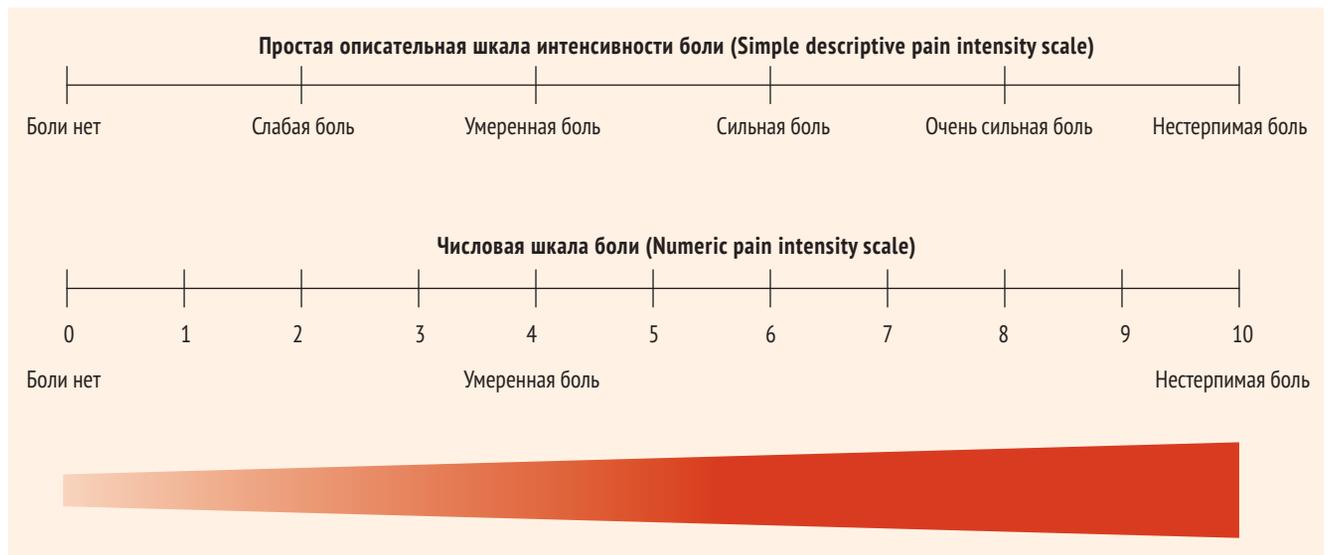
При этом во время повторного визита пациента для оценки эффективности проводимого лечения значения выраженности каждого симптома должны уменьшиться либо исчезнуть.

Лечение пациентов с ФД включает проведение общих мероприятий, таких как нормализация образа жизни, диетические рекомендации (частое дробное питание с ограничением содержания жиров), отказ от кофе, курения, алкоголя и приема НПВП.

Римские критерии IV рекомендуют включать в комплекс лечебных мероприятий ФД психотерапию [5].

Проведение лекарственной терапии определяется вариантом течения ФД. При синдроме боли в эпигастрии в качестве препаратов первого выбора целесообразно назначение антисекреторных препаратов – ингибиторов протонной помпы (ИПП), в том числе в режиме «по требованию». Возможно применение антацидных средств,

● **Рисунок 2.** Шкалы оценки интенсивности боли и дискомфорта при ФД
 ● **Figure 2.** Scale for assessment of pain and discomfort intensity in functional dyspepsia



проводящееся в комплексе с ИПП. Однако применение ИПП не приносит успеха при постпрандиальном дистресс-синдроме. При данном варианте ФД лечение необходимо начинать с назначения прокинетики.

В качестве прокинетиков в настоящее время чаще всего применяются антагонисты дофаминовых рецепторов (домперидон), а также препараты с комбинированным механизмом действия (итоприд гидрохлорид). За счет блокады дофаминовых рецепторов повышается тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливается сократительная способность желудка, что препятствует его релаксации, ускоряет эвакуацию пищи из желудка, улучшает гастродуоденальную координацию, оказывает противорвотное действие.

Перспективным препаратом в лечении ФД является акотиамид (Z-338), который, будучи ингибитором ацетил-

холинэстеразы, улучшает аккомодацию фундального отдела и опорожнение желудка и уменьшает выраженность симптомов ПДС.

Для лечения нарушений аккомодации фундального отдела желудка рекомендованы агонисты 5-HT_{1A}-рецепторов (тандоспирон, буспирон), агонист 5-HT_{1B/D}-рецепторов (суматриптан), растительные средства. Возможно также применение средств патогенетической терапии функциональных нарушений ЖКТ [6].

Таким образом, основываясь на положениях Римских критериев IV в диагностике и лечении функциональной диспепсии и используя последние достижения в разработке новых методов терапии ФД, уже сегодня можно достичь значительного прогресса в лечении этой патологии.



Поступила/Received 22.07.2018

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Tackylailey N., Camillen M. et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1466-79.
2. Ткач С.М. Самое ожидаемое событие года в гастроэнтерологии: Римские критерии IV функциональных гастроинтестинальных расстройств. *Гастроэнтерология*. www.Gastroscan. 29.06.2016. [Tkach S.M. The most anticipated event of the year in gastroenterology: Rome IV criteria for functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterologiya*. www.Gastroscan. June 29, 2016.] (In Russ).
3. Houghton L.A., Heitkemper M., Crowell M.D. et al. Age, gender and women's health and patient. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1332-43.
4. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257-61.
5. Rome IV – Functional Gastrointestinal disorders: disorders of gut-brain interaction. Fourth Edition. 2016.
6. Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра. *Рос. Журн. Гастроэнтерол. Гепатол. Колопроктол*. 2016;26(4):124-128. [Sheptulin A.A., Kurbatova A.A. New Rome IV criteria for functional dyspepsia revision. *Ros. Zhurn. Gastroenterol. Gepatol. Koloproktol* 2016;26(4):124-128.] (In Russ).
7. Stanghellini V., Chan F.C.L., Hasler W.L., et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1380-92.
8. Трегубов И.Б., Бабин С.М. Гиссенский опросник соматических жалоб. СПб., 1992. 23 с. [Tregubov I.B., Babin S.M. Giessen somatic complaints questionnaire. SPb., 1992. 23 p.] (In Russ).
9. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛенНИИ физич. культуры, 1976. 65 с. [Khanin Yu.L. Summary guide for using Spielberger reactive and personal anxiety scale. L.: LenNII Fizich. Kultury, 1976. 65 p.] (In Russ).
10. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1960;23:56-62.
11. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand*. 1983;67:361-370.
12. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская К.И. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии. М.: Триада, 2000:1-7. [Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Baranskaya K.I. Guidelines for examination and treatment of patients with dyspepsia syndrome. М.: Triad, 2000: 1-7.] (In Russ).
13. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. Эффективность применения Ганатона (итоприда гидрохлорида) в лечении больных функциональной диспепсией. *Фарматека*. 2009;13:1-4. [Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Trukhmanov A.S. Efficacy of Ganaton (itopride hydrochloride) in the treatment of patients with functional dyspepsia. *Pharmateca*. 2009;13:1-4.] (In Russ).
14. Пиманов С.И., Михайлова Н.А., Стояков А.М., Ляховская Н.В., Макаренко Е.В. Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка. *Медицинские новости*. 2000;4:39-43. [Pimanov S.I., Mikhailova N.A., Stoyakov A.M., Lyakhovskaya N.V., Makarenko E.V. Violations of motor and evacuation activity of the stomach. *Meditsinskie Novosti*. 2000;4:39-43.] (In Russ).
15. Маев И.В., Самсонов А.А., Трухманов А.С., Голубев Н.Н., Иванченко Е.А. Эффективность использования итоприда гидрохлорида у больных функциональной диспепсией. *Фарматека*. 2008;2:1-8. [Maev I.V., Samsonov A.A., Trukhmanov A.S., Golubev N.N., Ivanchenko E.A. Efficacy of itopride hydrochloride in patients with functional dyspepsia. *Pharmateca*. 2008;2:1-8.] (In Russ).
16. Мязин Р.Г. Сравнение прокинетиков итоприда и домперидона при лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пациентов с функциональной диспепсией. *РМЖ*. 2010; 18, 6(370):355-359. [Myazin R.G. Comparison of prokinetics itoprid and domperidone in the treatment of patients with gastroesophageal reflux disease and patients with functional dyspepsia. *RMJ*. 2010;18, 6(370):355-359.] (In Russ).
17. Мязин Р.Г. Методы современной коррекции функциональных гастроинтестинальных расстройств. *Consilium Medicum, гастроэнтерология*. 2018;01:43-50. [Myazin R.G. Methods for modern correction of functional gastrointestinal disorders. *Consilium Medicum, gastroenterologiya*. 2018;01:43-50.] (In Russ).
18. Coiselti M., Tack I. Mechanisms of functional dyspepsia and its relation to IBS. London. 2002:7-26.