

# ФД – функциональная диспепсия

*Кафедра «Общей практики – семейной медицины»  
к.мед.н., ассистент Бабанина М.Ю.*



# Функциональные гастроинтестинальные расстройства:

- Функциональные эзофагеальные расстройства.
- Функциональные расстройства желудка.
- Функциональные расстройства кишечника.



# Функциональные расстройства желудка:

- Функциональная (неязвенная) диспепсия.
- Аэрофагия.
- Привычная рвота.
- Пилороспазм.



# ФД – функциональная диспепсия МКБ-10 (К-30 – диспепсия)

- *Диспепсия* – одно из наиболее частых патологических состояний, с которым на практике приходится сталкиваться врачу-терапевту.

В развитых странах диспепсией страдают 12-54% взрослого населения, она является причиной 4-10% всех обращений за медицинской помощью.



**Диспепсия** – это неспецифический симптомокомплекс, который включает в себя неопределенную боль или дискомфорт в эпигастрии, чувство тяжести или переполнения после еды, вздутие живота, отрыжку, изжогу, тошноту, регургитацию или аэрофагию.



**Функциональная диспепсия** – это комплекс функциональных расстройств, который длится более 3-х месяцев и появился не менее 6 месяцев до постановки диагноза (Римские критерии III, 2006 г.), включающий в себя симптомы диспепсии (боль или дискомфорт строго в эпигастрии, связанные или несвязанные с приемом пищи, чувство переполнения в эпигастрии после еды, раннее насыщение, тошноту, отрыжку, изжогу), не связанные с нарушением функции кишечника, не связанные с органической патологией.

**Это диагноз исключения!**



# Классификация:

- *Неисследованная диспепсия* – первичный синдромный диагноз, который требует дальнейшего обследования с целью установления органических или функциональных причин диспепсии.
- *Функциональная диспепсия* - самостоятельное функциональное заболевание (диагноз исключения).



# Международная классификация ФД:

- язвенноподобный вариант (синдром эпигастральной боли);
  - дисмоторный вариант (постпрандиальный дистресс-синдром);
  - неспецифический вариант.
- Некоторые клиницисты выделяют также *рефлюксоподобную и билиарную диспепсию.*



# Критерии диагностики (Римские критерии III, 2006 г.):

Наличие на протяжении последних 6 месяцев в течение не менее 3-х месяцев (не обязательно подряд) следующих симптомов:

- персистирующие или рецидивирующие классические симптомы диспепсии (боль или дискомфорт в центре верхней части живота),  
а также
- отсутствие признаков органического заболевания, которые позволяют объяснить присутствующие симптомы;  
а также
- отсутствие симптомов, которые говорят о связи диспепсических симптомов с нарушением функции кишечника (исключить СРК).

- Большое значение имеет своевременное обнаружение **«симптомов тревоги»** - дисфагии, рвоты, мелены, лихорадки, немотивированной потери массы тела, анемии, лейкоцитоза, ускорение СОЭ, что свидетельствует о серьезной органической патологии.



# Программа обследования:

- Общ. ан. крови + б/х;
- Ан. кала на скрытую кровь;
- ФГДС с биопсией (обязательна после 45 лет, в странах с высокой распространенностью рака желудка, при наличии «симптомов тревоги»)
- Дыхательный тест или СЛО-тест или серологический тест;
- УЗИ ОБП;
- RRS, ирригоскопия, колоноскопия;

- рН-метрия (мониторирование для исключения ГЭРБ)
- УЗИ щитовидной железы;
- УЗИ органов малого таза;
- Исследование гастродуоденальной моторики – УЗИ определение скорости освобождения желудка



# Лечение ФД:

- Большинство больных обследуется и лечится амбулаторно. Некоторым больным возможно обследование в течение 1 недели в стационаре.



# Терапия I линии:

- *Язвенноподобный вариант:*
- - монотерапия кислотоснижающими препаратами:
- Алюминиево-магниевые антациды (3-4 р./день на протяжении 2-4 недель) или
- H<sub>2</sub>-блокаторы гистамина (фамотидин 40 мг 2 р на протяжении 2-4 недель) или
- ИПП (омеп, омепразол, лансопразол, рабепразол) 20-40 мг 1 р/день – 2-4 нед. или
- - эрадикационная терапия Нр в Нр-позитивных случаях («тройная» терапия – 7 дн.)
- НВ. Через 4 недели – проверить эрадикацию Нр с помощью дыхательного теста или фекального антигенного теста. Если нет эрадикации – «резервная» линия лечения – 10 дн.

- *Дисмоторный вариант:*
  - монотерапия прокинетиками:  
Метоклопрамид 10 мг 3 р – 2 нед. или  
Домперидон 10 мг 3 р – 2-4 нед.
- *Неспецифический вариант:*
  - монотерапия кислотоснижающими п-ми  
или
  - монотерапия прокинетиками или
  - эрадикация Нр – 7 дн.

# Терапия II линии:

- Назначается в случае неэффективности вышеуказанных методов.



- антидепрессанты (амитриптилин 25-50 мг 2-3р, флуоксетин 50 мг 1р/сут, флуксен, рексетин);
- эглонил 50 мг 2 р;
- транквилизаторы;
- седативные;
- антагонисты 5НТ-3-рецепторов (ондасетрон 1т 3р);
- цитопротекторы (сукральфат 1,0 4р/сут, де-нол 120 мг 4р, мукоген) – 2-3 нед;



- спазмолитики (но-шпалгин, дротаверин) – 7-10 дн.;
- антифлатуленты (эспумизан, метеоспазмил) – 7-10 дн.;
- ферменты (мезим, пангрол, сомилаза) – косвенно влияют на моторику гастродуоденальной зоны и антродуоденальную координацию, обеспечивая оптимальные сроки эвакуации химуса из желудка;
- растительные препараты;
- психотерапия.



- Эффект от лечения –  
уменьшение или исчезновение  
СИМПТОМОВ ДИСПЕПСИИ.

