## ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ (НЕЯЗВЕННАЯ) ДИСПЕПСИЯ

**Определение.** Заболевание, для которого характерны неприятные ощущения в эпигастральной области (боль, жжение, чувство переполнения после приема пищи, чувство быстрого насыщения), при которых не удается выявить каких-либо органических или метаболических изменений, способных вызвать данные симптомы.

! Диагноз функциональная диспепсия может выставляться при хроническом гатрите.

Длительность симптомов не менее 3 последних месяцев, притом, что дебют заболевания не менее 6 месяцев назад.

**Этиопатогенетические факторы**

1.Вредные привычки (курение, употребление алкоголя, крепкого чая, кофе)
2.Алиментарные погрешности (острая, жирная пища), пищевая аллергия
3.Прием лекарственных препаратов (НПВС)
4.Нервно-психические нагрузки
5.Желудочная гиперчувствительность (чрезмерная реакция на обычные раздражители, растяжение желудка)
6.Гиперсекреция соляной кислоты
7.Моторные нарушения (замедление опорожнения, антро-дуоденальная дискоординация, дилятация антрального отдела, нарушение фундальной релаксационной аккомодации, желудочные аритмии – тахигастрия, брадигастрия, дуодено-гастральный рефлюкс, антральная фибрилляция)
8.Вегетативные нарушения (симпатикотония)

**Классификация**

*По клиническому варианту* :

По III Римским критериям:

-Потпрандиальный дистресс-синдром
-Синдром эпигастральной боли

**Клинические синдромы** (Римские критерии III, 2006 г.)

*1. Синдром эпигастральной боли (*язвенноподобные боли или чувство жжения, локализованные строго в подложечной области по срединной линии, без иррадиации, без четкой связи с приемом пищи, не исчезающие после отхождения газов или дефекации (не менее 1 раза в неделю)

*2. Постпрандиальный дистресс-синдром*: раннее насыщение (невозможность съесть пищу до конца), переполнение в эпигастрии после еды не менее 1 раза в неделю.

- Симптомы не уменьшаются после дефекации и не сопровождаются изменением частоты или формы стула (признак СРК).
- Изжога не является доминирующим симптомом (признак ГЭРБ).
- Симптомы часто сочетаются с проявлениями НЦД и другими функциональными расстройствами (СРК, дисфункция сфинктера Одди)

**Объективные признаки**

- возможна болезненность при пальпации в эпигастральной области.

**Методы лабораторной диагностики**

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови
2.Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, креатинин, сахар)
3.Копрограмма, реакция Грегерсена, яйца глистов
4.Идентификация HP (см. раздел: Хронический гастрит)

**Методы инструментальной диагностики**:

О с н о в н ы е:

1.ФГДС с определением HP
2.УЗИ органов брюшной полости
3.Рентгеноскопия желудка

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Электрогастрография (выявление желудочных аритмий)
2.Сцинтиграфия желудка (скорость опорожнения желудка)
3.УЗИ желудка (диаметр антрума)
4.pH-мониторирование
5.Пищеводная манометрия
6.Ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия
7.Контрастные исследования желчевыводящих путей
8.ЭКГ

**Примеры формулировки диагноза:**

Функциональная желудочная диспепсия. Постпрандиальный дистресс-синдром.
Неязвенная диспепсия с синдромом эпигастральной боли.

**Дифференциально-диагностический ряд**

1.Органическая диспепсия:
-ГЭРБ
-Язвенная болезнь
-Хронический гастрит
-Хронический панкреатит
-Заболевания билиарного тракта
-Злокачественные опухоли (рак желудка, поджелудочной железы)
2.Функциональные гастро-дуоденальные расстройства (функциональная тошнота и рвота, функциональная отрыжка – аэрофагия)
3.Функциональные билиарные расстройства (дисфункция сфинктера Одди, мышц желчного пузыря)
4.СРК

**Принципы терапии**

1.Устранение факторов риска, психотерапия, антидепрессанты
2.Диета с ограничением жира, особенно в жидком виде
3.Секретолитики (ИПП, H2-гистаминоблокаторы, М-холинолитики)
4.Прокинетики (домперидон=мотилиум, итоприда гидрохлорид=ганатон, итомед)
5.Антациды (гевискон, маалокс)
6.Психотропные препараты (антидепрессанты, анксиолитики, ингибиторы обратного захвата серотонина)

Другие методы:
-эрадикация НР – по показаниям, высокой распространенности инфекции НР в популяции
-спазмолитики (дюспатилин, дицител)
-ферменты (креон, мезим, панцитрат)
-гастропротекторы (сукральфат, де-нол)
*При постпрандиальном дистресс-синдроме* - прокинетики: мотилиум 10 мг за 30 мин. до еды и на ночь 3-4 недели, затем терапия «по требованию»
*При синдроме эпигастральной боли* - секретолитики, эрадикация НР (см. раздел: Хронический гастрит)

**Рабочая схема терапии**

Rp: Tab. Motiliumi 10 mg
D.S. По 1 таб. 3 раза в день за 30 минут до еды 3-4 недели

Rp: Tab. Lansoprazoli 30 mg
D.S. По 1 таб утром натощак 4-8 недель.

**Профилактика**

*Первичная профилактика*.
1.Активное выявление факторов риска и лиц, предрасположенных к возникновению данного заболевания.
2.Диспансерное наблюдение за ними, соблюдение рекомендаций по изменению образа и стиля жизни, а также режима и характера питания, осуществление мер профилактики инфицирования НР.
*Вторичная профилактика.*
1.Активное выявление больных с клинически выраженными формами функциональной диспепсии, частыми обострениями и их адекватная немедикаментозная и лекарственная терапия, психотерапевтическое лечение.
2.Активное динамическое наблюдение за пациентами и проведение при появлении симптомов терапии «по требованию».