Дифференциальный диагноз при желудочной диспепсии

доц. Мехтиева
Ольга Александровна



Диспепсия от греч. «нарушение пищеварения»

- Боли в подложечной области
- Дискомфорт в эпигастральной области по срединной линии
- Раннее насыщение
- Переполнение в желудке или тяжесть в эпигастрии
- Вздутие, урчание в эпигастральной области

- Распирание (метеоризм)
- Тошнота
- Рвота
- Срыгивание (руминационный синдром)
- Отрыжка (кислым, воздухом, тухлым)
- Изжога
- Снижение аппетита, вплоть до анорексии

страдает от 7 до 40% населения

Причины синдрома диспепсии:

1. Алиментарные
2. Неврогенные (стрессы, заболевания ЦНС, ВСД)
3. Физические и вестибулярные перегрузки
4. Инфекционные (вирусы, хр.очаги инфекции, **Hp**, E.coli, Staph., паразитозы)
5. Токсические (экзогенные, эндогенные)
6. Заболевания органов брюшной полости (печень, поджелудочная железа, желчный пузырь, кишка)
7. Заболевания органов грудной клетки (абдоминальная форма ОИМ, плеврит)

Причины синдрома диспепсии

8. Пищевая аллергия
9. Вредные привычки (курение, алкоголь и др.)
10. Эндокринные (СД, заболевания щитовидной железы, половых, надпочечников)
11. Опухолевые
12. Сосудистые
13. Медикаментозные (НПВС, антибиотики, ксантины, сердечные гликозиды, препараты калия, железа)
14. Воспалительные (склеродермия и др.)

Желудочная диспепсия

- ***Первичная*** (поражение желудка)
  Вторичная (при др. заболеваниях)

- ***Острая***
  Хроническая ***(не менее 3 мес.)***

- ***Органическая***
  Функциональная

Диспепсия

Органическая (35 - 40%)

Первичная:

- Язвенная болезнь
- Хронический гастрит
- Рак желудка

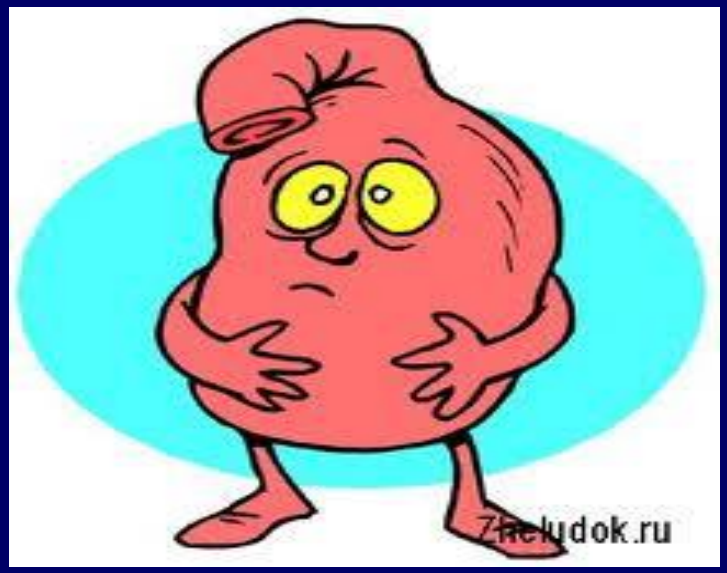
Вторичная:

- Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь
- Хронический панкреатит
- Заболевания билиарного тракта
- Заболевания кишки (СРК, ВЗК)
- Злокачественные опухоли (поджелудочной железы и др.)

Функциональная (неязвенная) диспепсия (60 - 65%)

Нарушение секреции, моторики, эвакуации из желудка и ДПК при отсутствии органических изменений

Функциональная желудочная диспепсия



В России встречается у 30–40%.

Чаще в возрасте 17–35 лет, в 1,5–2 раза чаще у женщин

Причины функциональной желудочной диспепсии

1. Наследственная предрасположенность
2. Алиментарные погрешности (жирная пища, красный перец)
3. Вредные привычки (курение)
4. Прием лекарственных препаратов
5. Инфекция H.pylori
6. Психические перегрузки
7. Индивидуальные особенности:
   висцеральная гиперчувствительность,
   тревожно-ипохондричный тип личности,
   вегетативные дисфункция

Механизмы развития функциональной диспепсии

- Желудочная гиперчувствительность (чрезмерная реакция на обычные раздражители)
- Гиперсекреция соляной кислоты
- Моторные нарушения (замедление опорожнения, антро-дуоденальная дискоординация, дилятация антрального отдела, нарушение фундальной аккомодации, желудочные аритмии, гастропарез)
- Вегетативные нарушения (симпатикотония)



Диагностические критерии функциональной диспепсии (Римские критерии III, 2006 г.)

1. Боли или чувство жжения в подложечной области, не исчезающие после отхождения газов или дефекации (не менее 1раза в неделю)
2. Чувство раннего насыщения
3. Чувство переполнения в эпигастрии после еды
4. Отсутствие структурных изменений в желудке, ДПК
5. Длительность симптомов не менее 3 месяцев



Классификация функциональной желудочной диспепсии (Римские критерии III, 2006г.)

1. Постпрандиальный дистресс-синдром (дискинетический вариант)
2. Синдром эпигастральной боли (язвеннноподобный вариант)



Клинические особенности различных вариантов функциональной диспепсии

С-м эпигастральной боли	Постпрандиальный дистресс-синдром
Чаще мужчины	Чаще женщины
Пониженного питания	Повышенного питания
Нормальное опорожнение желудка	Замедленное опорожнение желудка
Повышенная секреция желудка	Нормальная секреция желудка

Клинические особенности различных вариантов функциональной диспепсии

Синдром эпигастральной боли	Постпрандиальный дистресс-синдром
боли или жжение в подложечной области	раннее насыщение
	чувство переполнения в эпигастрии после еды (м.б. вздутие в эпигастрии, чрезмерная отрыжка, тошнота)
Симптомы возникают не реже 1 раза в неделю	

Стратегия ведения больных с функциональной желудочной диспепсией (Рим, 2006)

1. Доказательство, что симптомы связаны с верхним отделом ЖКТ
2. Исключение симптомов тревоги
3. Исключение приема НПВС
4. Исключение ГЭРБ (пробное назначение ИПП), СРК
5. Неинвазивное определение HP и его эрадикация
6. ФГДС (при симптомах тревоги, возрасте старше 40 лет)

Органическая желудочная диспепсия

(первичная и вторичная)



Язвенная болезнь желудка. Хронический гастрит

Первичная желудочная диспепсия



Диспепсия при раке желудка

Симптомы тревоги при синдроме диспепсии

- Дисфагия
- Рвота с кровью, мелена или алая кровь в стуле
- Лихорадка
- Немотивированное похудание
- Симптомы диспепсии впервые возникли в возрасте старше 45 лет
- Анемия
- Лейкоцитоз
- Повышение СОЭ





Диспепсия при хроническом гастрите



- Превалируют постпрандиальные симптомы над болевым синдромом

-ФГДС (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, повышенная ранимость и кровоточивость слизистой оболочки, атрофия и гиперплазия складок).
-Верификация Нр
-Рентгеноскопия желудка
-pH-мониторирование

Диспепсия при язвенной болезни

- Превалирует болевой синдром (локальная, ранняя или поздняя, ночная, голодная)
- Изжога, отрыжка, ситофобия, запоры
- Астено-вегетативный синдром (ваготония)
- Сезонность обострений
- Симптом Менделя +



-ФГДС (язвенный дефект, округлой формы с ровными краями, НР)

-Рентгеноскопия желудка и ДПК (ниша с правильными контурами,сохранение перистальтики)

Вторичная желудочная диспепсия



Диспепсия при заболеваниях пищевода

ГЭРБ, *эзофагит, эзофагоспазм, рак*



-изжога, <u>купируемая приемом секретолитиков и альгинатов</u>

-одинофагия

-дисфагия



-эзофагоскопия

-pH-мониторирование (pH≤4)

-пищеводная манометрия (≤10)

-рентгеноскопия пищевода

Панкреатогенная диспепсия

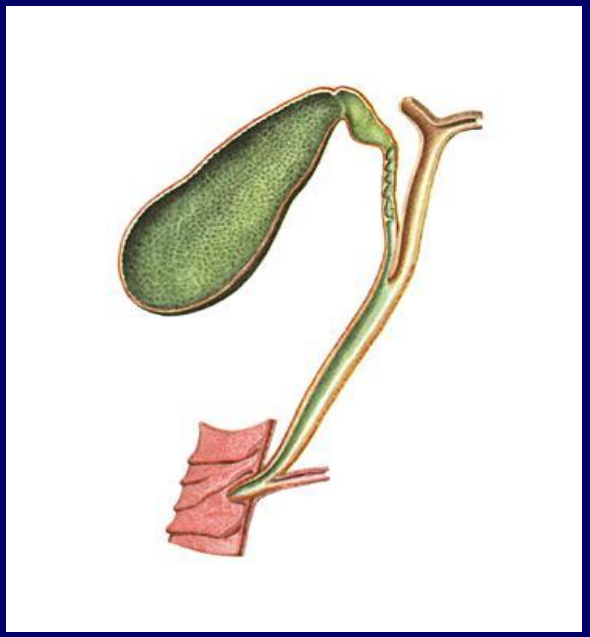
- Болевой синдром (опоясывающие)
- Диспептический - тошнота, многократная рвота, не приносящей облегчения, вздутия живота, отрыжка воздухом или съеденной пищей, отвращение к жирной пище, панкреатогенные поносы.
- Внешнесекреторная недостаточность
- Внутрисекреторная недостаточность



- Симптомы Тужилина, Мейо-Робсона, болезненность в точке Дежардена, зоне Шоффара

Билиарная диспепсия

- Болевой синдром (правое подреберье)
- Диспепсический синдром (тошнота, рвота, горечь во рту, нарушения стула)



Астено-вегетативный синдром
Холецисто-кардиальный
Воспалительно-интоксикационный
Холестатический

Симптомы Грекова-Ортнера, Кера, Мерфи, френикус-симптом

Кишечная диспепсия

СРК –схваткообразные боли (колики), метеоризм, уменьшающиеся после дефекации и отхождения газов, поносы и/или запоры, изменения характера стула, часто провоцируемые стрессом



Воспалительные заболевания кишечника (НЯК, болезнь Крона) – диарея с примесью крови, боли в животе, системные поражения

Острые эпигастралгии, требующие неотложной диагностики и лечения

- Прободная язва желудка или ДПК
- Острый панкреатит
- Острый холецистит
- Острый инфаркт миокарда
- Острый аппендицит
- Нижнедолевая плевропневмония

Важно детализировать болевой синдром!

Диспепсия при сердечно-сосудистых заболеваниях

- ИБС (стенокардия, абдоминальная форма острого инфаркта миокарда)

-Связь с физической, психо-эмоциональной нагрузкой

-Лабораторные тесты

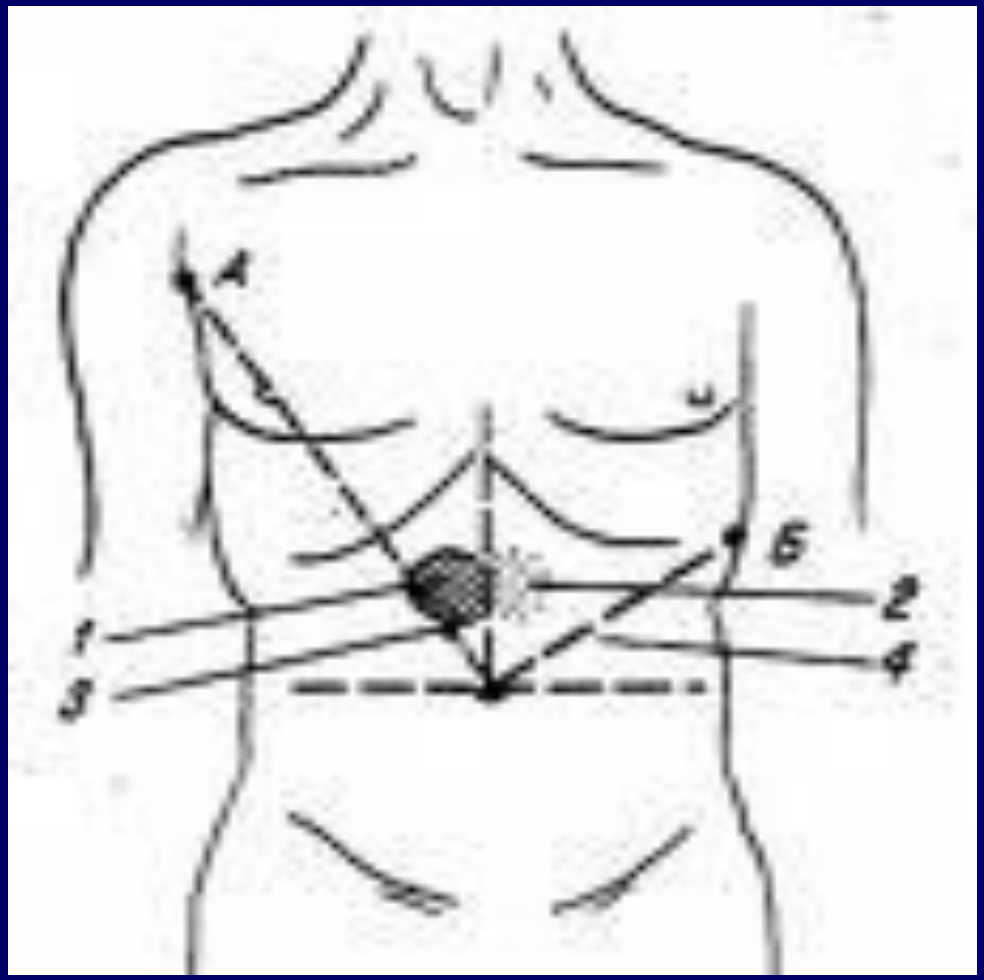
-ЭКГ





План обследования больного с желудочной диспепсией

- Физикальное обследование



План обследования больного с желудочной диспепсией

- **Лабораторные методы**

-клинический анализ крови

-биохимический анализ крови: АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, креатинин, сахар, общий белок и фракции

-копрограмма, реакция Грегерсена, яйца глистов

-анализ крови на уровень пепсиногена I, онкомаркеры (СА19-19, СА 72-4)

-идентификация HP

Методы идентификации HP

1. Прямые методы (биоптат слизистой при ФГДС)



-кампи-тест (уреазный тест)
-цитологический метод (окраска мазков отпечатков слоя пристеночной слизи красителем Романовского-Гимзы)
-микробиологический метод (посев)
-ПЦР в биоптате слизистой желудка (для генотипирования Нр, определения его степени вирулентности и чувствительности к а/б)



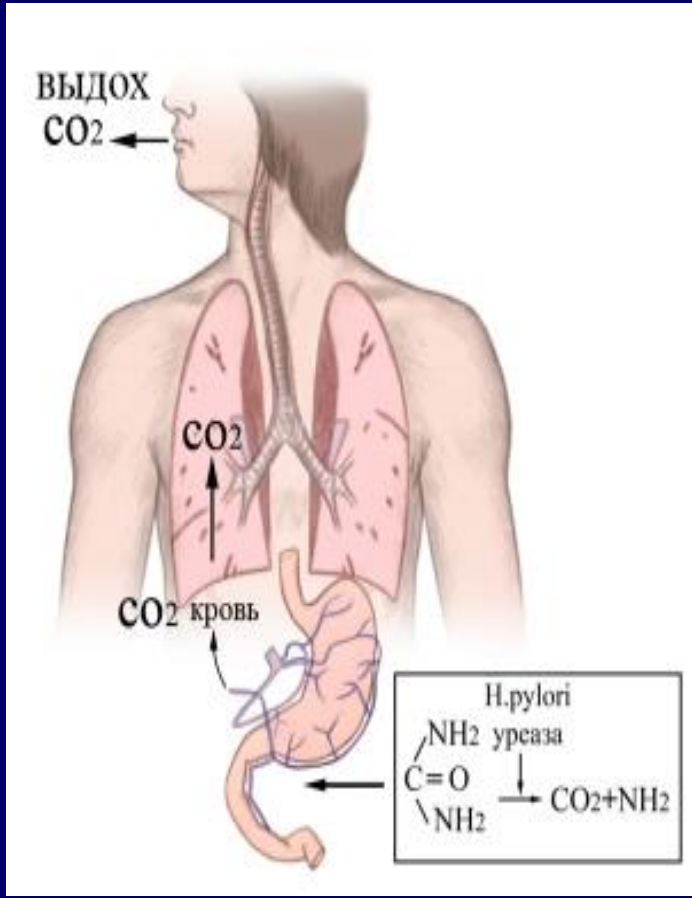
Методы идентификации HP

2. Непрямые (неинвазивные)

-уреазный дыхательный тест с ^{13}C-мочевиной

-анализ кала на антигены HP с применением моноклональных антител

-валидированный серологический тест с Ig G методом ИФА



Правила первичной диагностики HP

- отмена ИПП, а/б, препаратов висмута за 2-4 недели до проведения исследования (культурального, гистологического, быстрого уреазного, дыхательного уреазного, ПЦР кала)
- если отмена невозможна – проведение валидированного серологического теста с IgG (только тем, у кого не проводилась эрадикация Hp)
- Необходимо минимум 2 метода верификации (уреазный тест бывает ложноположительный при заселении верхних отделов ЖКТ Proteus vulgaris et mirabilis, обладающих уреазной активностью)

План обследования больного с желудочной диспепсией

- **Инструментальные методы**

-ФГДС
-УЗИ
-Рентгеноскопия желудка

- **Дополнительные методы**

-Электрогастрография (выявление желудочных аритмий)
-Сцинтиграфия желудка (скорость опорожнения желудка)
-УЗИ желудка (диаметр антрума)
-pH-мониторирование
-Пищеводная манометрия
-RRS, ирригоскопия, колоноскопия
-контрастные исследования ЖВП
-ЭКГ

Принципы терапии желудочной диспепсии

1. ***Этиотропная терапия*** – устранение провоцирующих факторов, вредных привычек, диета (дробное, 6-разовое питание небольшими порциями, с исключением насыщенных жиров, газированных, крепких напитков), психотропные средства, эрадикация HP

2. ***Патогенетическая терапия –*** коррекция секреторных и моторных нарушений

3. ***Симптоматическая терапия –*** купирование болевого синдрома, диспепсических жалоб

Показания для эрадикационной терапии (Маастрихт - 4, 2010)

Строго рекомендуемые



1. Дуоденальная / желудочная язва (активная или неактивная, включая осложненное течение)
2. MALT – лимфома (В-клеточное лимфоидное образование низкой степени злокачественности)
3. Атрофический гастрит
4. После резекции желудка по поводу рака
5. Пациенты, являющиеся родственниками первой линии больных с раком желудка
6. Желание пациента

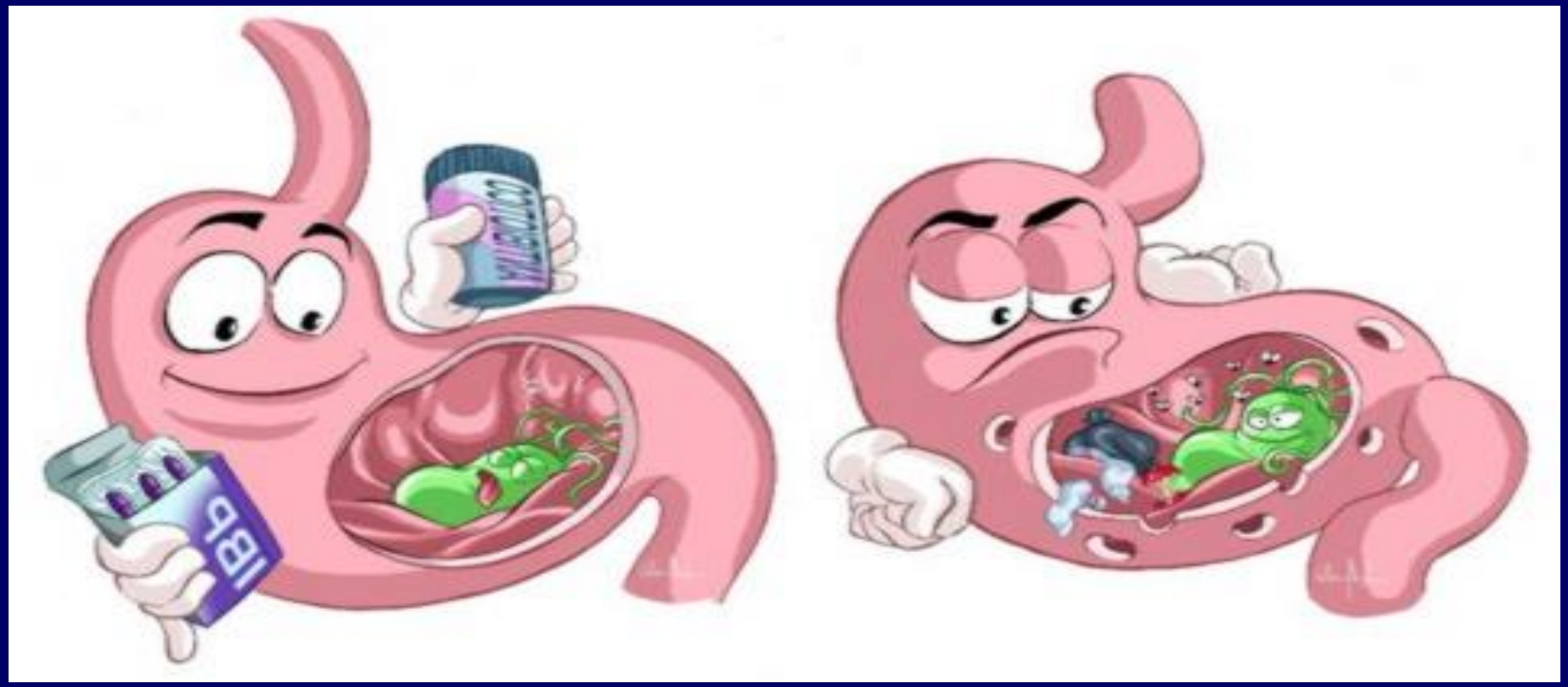
Желаемые

1.Функциональная диспепсия.

2.Применение НПВП. 3. ГЭРБ

Основные схемы антихеликобактерной терапии

Маастрихт – 4, 2010 г.



Терапия первой линии
(7 - 14 дней)

Тройная стандартная терапия

- **Ингибитор протонной помпы** (омепразол - 20 мг, 2 раза в день)
- **Кларитромицин 500 мг 2 раза в день** (при резистентности в регионе менее 20%)
- **Амоксициллин 1 г 2 раза в день**

- ***Последовательная терапия:*** ИПП + Амоксицилин 5 дней, затем ИПП + Кларитромицин + Метронидазол 5 дней.
- Вместо кларитромицина – джозамицин (вильпрафен солютаб) 1г 2р/сут, или нифурател (макмирор) 400мг 2р/сут (НОГР, 2013)

Терапия второй линии

Квадротерапия

1. **ИПП** в стандартной дозе 2 раза в день
2. **Де-нол** (новобисмол) 120 мг 4 раза в день (субсалицилат/субцитрат висмута)
3. **Метронидазол** 500 мг 3 раза в день
4. **Тетрациклин** 500 мг 4 раза в день



Терапия третьей линии

- **ИПП +Амоксицилин** (или Кларитромицин) + **Левофлоксацин** 500мг 2р./сут.
- **ИПП +Амоксицилин + Фуразолидон** 200мг 2р./сут. (или нифурател)+**Де-Нол**
- **ИПП +Амоксицилин + Рифабутин** 150мг 2р./сут.
- Индивидуальная терапия после определения чувствительности HP к антибиотикам.

Адьювантная терапия

- Улучшает переносимость а/б
- Повышает эффективность эрадикации HP

Пробиотики: Энтерол 2-3 недели, Линекс, Бифиформ 3-4 недели

Пребиотики: фруктоолигосахариды, инулин, гуммиарабик, лактулоза

Щелочные углекислые хлоридно-гидрокарбонатные минеральные воды

Контроль эффективности эрадикационной терапии

- Любой метод (кроме серологического с IgG)
- Уреазный дыхательный тест
- Определение антигенов Hp методом ИФА в стуле



Не ранее чем через 4 недели после окончания лечения

Патогенетическая терапия желудочной диспепсии

- ***антисекреторная терапия*** (ИПП, H_2-гистаминоблокаторы, М-холинолитики)

- ***прокинетики*** (домперидон или мотилиум, ганатон, итомед)

Симптоматическая терапия желудочной диспепсии

-спазмолитики (дюспаталин, дицител, тримедат)

-антациды (гевискон, маалокс) и альгинаты

-ферменты (креон, мезим, панцитрат)

Лечение функциональной диспепсии

Эффект плацебо- 20-60%

1. Устранение факторов риска, психотерапия
2. Диета с ограничением жира, особенно в жидком виде
3. Секретолитики
4. Прокинетики
5. Антациды
6. Психотропные препараты (антидепрессанты)

Разрабатываются селективные висцеральные анальгетики

Лечение функциональной диспепсии



Постпрандиальный дистресс-синдром - прокинетики

мотилиум 10 мг за 30мин. до еды и на ночь 3-4 недели, затем терапия «по требованию»

Синдром эпигастральной боли - секретолитики, эрадикация Hp

Комбинированный препарат: **Омез Д** (ИПП+мотилиум)

Профилактика желудочной диспепсии

- Исключение стрессов, физических перегрузок
- Соблюдение диетических рекомендаций
- Исключение вредных привычек
- Исключение токсических, а также лекарственных факторов
- Санация хронических очагов инфекции
- Рациональная терапия заболеваний органов ЖКТ
- Адекватное лечение моторных, секреторных расстройств желудка