

**В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин,
В.А.Киприанис**

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Краткое практическое руководство



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2011**

ГЛАВА 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ: ОТ РИМСКИХ КРИТЕРИЕВ I К РИМСКИМ КРИТЕРИЯМ III

1.1. Понятие диспепсии и функциональной диспепсии

Термин «диспепсия» и его варианты («органическая диспепсия», «функциональная диспепсия» – ФД) недостаточно хорошо знакомы российским врачам. В тех случаях, когда во врачебной аудиторрии приходится задавать присутствующим вопросы о том, какое содержание они вкладывают в понятие «диспепсия», в ответах врачей нередко фигурируют такие термины, как «бродильная», или «гнилостная», диспепсия, а также другие формы кишечной диспепсии, упоминание о которых часто встречалось в работах 40–50-х годов прошлого столетия и которые в настоящее время исчезли из обращения как устаревшие. Что же касается термина «функциональная диспепсия», отражающего функциональное расстройство желудка и двенадцатиперстной кишки, то он до сих пор отвергается рядом авторов (прежде всего морфологами), не признающих возможность существования функциональных заболеваний вообще и требующих обязательного указания в диагнозе морфологического субстрата (Саркисов Д.С., 1998).

Следует отметить, что сходная ситуация наблюдалась в 50–60-е годы прошлого века и в зарубежных странах. Один из крупнейших гастроэнтерологов и эндоскопистов того периода L. Demling (первым в Европе сделавший операцию эндоскопической папиллосфинктеротомии) писал по этому поводу: «Если бы я в своей пробной публичной лекции для получения профессорского звания, которую мне пришлось читать в начале 50-х годов, упомянул бы считавшийся тогда ненаучным термин «синдром раздраженного желудка» (синоним термина «функциональная диспепсия». – *авт.*), то я бы с треском провалился». «Но вре-

мена меняются, – продолжал L.Demling, – а с ними меняемся мы и наши представления о вещах. В настоящее время термин «синдром раздраженного желудка... заслужил всеобщее уважение и почет подобно Золушке, героине одноименной сказки...» (Demling L., 1990). Термины «диспепсия» и «функциональная диспепсия» являются сейчас в зарубежной гастроэнтерологии одними из наиболее распространенных.

В 1968 г. синдром диспепсии был обозначен как комплекс симптомов, включающий ощущение дискомфорта и переполнения в подложечной области, возникающее после приема пищи, раннее насыщение, отрыжку, приносящую временное облегчение, срыгивание, сопровождающееся появлением кислого вкуса во рту, изжогу (Rhind J.A., Watson L., 1968). Другие определения, появившиеся позже, давали различную расшифровку синдрома диспепсии, трактуя его как «любую форму эпизодического или постоянного дискомфорта в животе, сопровождающегося и иными гастроэнтерологическими симптомами, за исключением желтухи и желудочно-кишечного кровотечения» (Crean G.P. et al., 1982), как «хронический рецидивирующий дискомфорт в подложечной области, связанный с приемом пищи» (Thompson W.G., 1984), как «периодически возникающие боли или чувство дискомфорта в подложечной области» (Lagarde S.P., Spiro H.M., 1984), как комплекс симптомов, включающих в себя «периодические или постоянные боли, а также дискомфорт в подложечной области, продолжающихся свыше 1 мес., не связанных с физической нагрузкой, не исчезающих в покое и не сопровождающихся дисфагией, желтухой или кровотечением» (Функциональная (неязвенная) диспепсия, 2004).

Современная концепция о синдроме диспепсии и его вариантах особенно активно стала разрабатываться в течение последних 20 лет. В 1988 г. в Риме в ходе Всемирного конгресса гастроэнтерологов по инициативе его участников был создан постоянно действующий Рабочий комитет (Working Team Committee) по функциональным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, который возглавил проф. D.A.Drossman (США), а в рамках этого комитета сформирована Международная рабочая группа по совершенствованию диагностических критериев функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (председатель – проф. N.J.Talley, Австралия).

Целью создания указанных Рабочего комитета и Международной рабочей группы было достижение среди ученых единого понимания механизмов возникновения функциональных

расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки и разработка для практических врачей единых согласованных рекомендаций по их диагностике и лечению, получивших название Римских критериев. Кроме того, в рамках Всемирной ассоциации врачей общей практики в 1994 г. была создана Международная группа по оказанию первичной помощи больным с заболеваниями желудка (International Gastro Primary Care Group, IGPCG). Целью данной группы стало доведение до каждого врача общей практики основных установок, связанных с обследованием и лечением больных с синдромом диспепсии.

1.2. Римские критерии I

Первоначально членами упомянутого постоянно действующего Рабочего комитета синдром диспепсии (от греч. *dys* – нарушение, *peptein* – переваривать) был определен как комплекс расстройств, продолжающихся свыше 3 мес. на протяжении последнего года и включающих в себя боли или ощущение дискомфорта в эпигастриальной области, связанные или не связанные с приемом пищи, чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, срыгивание, непереносимость жирной пищи. Эти признаки были объединены в так называемые Римские критерии I (Talley N.J., 1994). В соответствии с этими критериями все заболевания, протекающие с синдромом диспепсии, были разделены на две группы. В группу *органической диспепсии* вошли такие заболевания, как язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), злокачественные опухоли, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит и др. В тех случаях, когда в процессе обследования больных указанные заболевания не выявляются или же диагностируются заболевания, не имеющие характерной клинической картины (в частности, хронический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*), было рекомендовано пользоваться термином «*функциональная диспепсия*» (син.: идиопатическая, язвенная, эссенциальная диспепсия, синдром раздраженного желудка).

В зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных диспепсических симптомов были выделены клинические варианты ФД: *язвенноподобный* (ведущим симптомом служат периодические боли в эпигастрии, часто «голодные» и ночные, проходящие после приема антацидов), *дискинетический* (преобладают тяжесть и чувство переполнения в подложечной области, раннее насыщение, тошнота, ощущение вздутия в эпигастрии и чувство дискомфорта, усиливающееся после еды),

рефлюксоподобный (на первый план в клинической картине выступают изжога и срыгивание) и *неспецифический* (жалобы больного бывает трудно однозначно отнести к какому-либо из трех предыдущих вариантов).

1.3. Римские критерии II

Римские критерии I просуществовали в гастроэнтерологии почти 10 лет. Новые данные, которые были получены в исследованиях, посвященных проблеме диспепсии и ГЭРБ, послужили основанием для разработки и утверждения Международной рабочей группой по совершенствованию диагностических критериев функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта в 1998 г. новых критериев ФД, получивших название Римских критериев II (Talley N.J. et al., 1999). По сравнению с Римскими критериями I в Римские критерии II был внесен целый ряд изменений.

Во-первых, из перечня клинических форм ФД был изъят рефлюксоподобный вариант (с этого времени его стали рассматривать как проявление ГЭРБ). Во-вторых, специально было подчеркнуто, что боли, локализованные в области правого и левого подреберья, также не могут быть отнесены к синдрому диспепсии и должны рассматриваться отдельно. Кроме того, было отмечено, что боли при ФД не должны исчезать после акта дефекации и сопровождаться изменениями частоты и консистенции стула (т.е. признаками, свойственными синдрому раздраженного кишечника – СРК). Минимальная продолжительность жалоб, необходимая для постановки диагноза ФД, была изменена с 3 мес. на 12 нед., а термин «функциональная диспепсия» был признан более предпочтительным, чем термин «неязвенная диспепсия», поскольку спектр клинических симптомов при функциональной диспепсии оказывается более широким, чем при язвенной болезни. Наконец, в Римских критериях II было дано подробное определение каждого из симптомов ФД (см. табл. 1).

По мнению авторов Римских критериев II, такая детализация способствует одинаковому пониманию практическими врачами сущности тех или иных симптомов диспепсии.

1.4. Римские критерии III

Спустя 8 лет, в 2006 г., Римские критерии II вновь были подвергнуты пересмотру и утверждены в переработанном виде как Римские критерии III (Task J. et al., 2006). Внесенные изменения коснулись, в первую очередь, перечня симптомов ФД. Из прежнего списка диспепсических симптомов был изъят «дискомфорт».

Таблица 1

Симптомы ФД согласно Римским критериям II

Симптомы	Определение
Боли, локализованные в эпигастрии по срединной линии	Боли субъективно воспринимаются как неприятные ощущения или как «повреждение тканей». Другие симптомы могут беспокоить больного, но не определяться им как боли. При расспросе пациента необходимо отличать боли от чувства дискомфорта
Дискомфорт в подложечной области по срединной линии	Субъективно неприятное ощущение, которое не интерпретируется пациентом как боли и которое при более детальной оценке может включать в себя симптомы, указанные ниже
Раннее насыщение	Чувство, что желудок переполняется сразу после начала приема пищи независимо от ее объема, в результате чего прием пищи не может быть завершен
Чувство переполнения в эпигастрии	Неприятное ощущение задержки пищи в желудке; может быть связано или не связано с приемом пищи
Вздутие в эпигастрии	Чувство распираания в подложечной области, его необходимо отличать от видимого вздутия живота
Тошнота	Ощущение дурноты и приближающейся рвоты

Целесообразность такого шага была совершенно очевидной, поскольку больные и врачи по-разному трактовали содержание этого понятия (и как вариант незначительно выраженных болевых ощущений, и как тяжесть и чувство переполнения в эпигастрии, и, наконец, как проявление любых других диспепсических жалоб).

Из комплекса симптомов ФД было также исключено вздутие в эпигастрии, так как пациенты часто путали этот симптом с метеоризмом (симптомом, относящимся к СРК). Наконец, тошнота – как симптом, имеющий в большинстве случаев центральное происхождение, – также была изъята из списка диспепсических симптомов и выделена в самостоятельную рубрику «синдром хронической идиопатической тошноты».

В соответствии с Римскими критериями III ФД включает в себя в настоящее время только 4 симптома (табл. 2).

В Римских критериях III была изменена также общая продолжительность диспепсических жалоб, необходимая для постановки диагноза ФД. Если в Римских критериях II она состав-

Таблица 2

Симптомы ФД согласно Римским критериям III

Симптомы	Определение
Боли в эпигастрии	Под эпигастрием понимается область, расположенная между мечевидным отростком грудины и пупочной областью и ограниченная справа и слева соответствующими среднеключичными линиями. Некоторые пациенты субъективно расценивают боли как чувство «повреждения тканей», другие больные могут интерпретировать свои жалобы не как боли, а как неприятные ощущения
Чувство жжения в эпигастрии	Представляет собой неприятное ощущение жара в эпигастральной области
Чувство переполнения в эпигастрии после еды	Представляет собой неприятное ощущение длительной задержки пищи в желудке
Раннее насыщение	Чувство, что желудок переполняется вскоре после начала приема пищи независимо от объема съеденной пищи, в результате чего прием пищи не может быть завершен

ляла 12 нед. (необязательно непрерывных) в течение последних 12 месяцев, то в соответствии с Римскими критериями III диагноз ФД может ставиться при наличии у больного упомянутых выше диспепсических жалоб в течение последних 3 месяцев при общей продолжительности симптомов диспепсии не менее 6 мес.

В Римских критериях III изменено название клинических вариантов ФД: язвенноподобный вариант диспепсии стал именоваться синдромом боли в эпигастрии, а дискинетический вариант – постпрандиальным дистресс-синдромом (ППДС).

Согласно этим критериям о синдроме боли в эпигастрии правомерно говорить в тех случаях, когда у больного по меньшей мере 1 раз в неделю отмечаются умеренные или выраженные боли или чувство жжения в эпигастральной области. При этом боли не носят постоянный характер, связаны с приемом пищи или возникают натощак, не локализируются в других отделах живота, не уменьшаются после дефекации и не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди. Синдром боли в эпигастрии может сочетаться с ППДС.

В свою очередь, о ППДС можно вести речь в тех ситуациях, когда у больного по меньшей мере несколько раз в неделю после еды при приеме обычного объема пищи возникают чувство пере-

полнения в эпигастрии или раннее насыщение. При этом ППДС может сочетаться с тошнотой, отрыжкой, а также синдромом боли в эпигастрии. По нашим собственным данным, частота сочетания болевого (язвенноподобного) варианта ФД и ППДС (дискинетического варианта ФД) составляет у больных ФД 30,7% (Ивашкин В.Т. и др., 2001). Еще чаще (в 80% случаев) у таких больных отмечается отрыжка (Lin M., Triadafilopoulos G., 2003).

Критически оценивая новые Римские критерии III, следует отметить, что по некоторым позициям они уступают Римским критериям II. Так, сокращение общей продолжительности диспепсических жалоб с 12 до 6 мес. (это сокращение коснулось всех функциональных расстройств ЖКТ) ничем не мотивировано. Не очень удачным выглядит замена понятного термина «дискинетический (т.е. обусловленный нарушениями моторики) вариант функциональной диспепсии» на термин «постпрандиальный дистресс-синдром». Термин «distress» означает по-английски «тяжелое недомогание, страдание» (ср.: «респираторный дистресс-синдром») (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982). Вряд ли жалобы больных с ФД, хотя они и оказывают влияние на качество жизни, можно сравнить с тем действительным страданием, которое испытывают пациенты с респираторным дистресс-синдромом, протекающим с картиной выраженной дыхательной недостаточности.

Наконец, выделение в самостоятельные рубрики таких симптомов, как тошнота, рвота и отрыжка («синдром хронической идиопатической тошноты», «синдром функциональной рвоты», «синдром неспецифической чрезмерной отрыжки») под тем предлогом, что эти симптомы обусловлены «центральными» (т.е., говоря более понятным языком, психогенными) механизмами, имеет скорее минусы, нежели плюсы. Во-первых, психогенная обусловленность может быть свойственна и другим симптомам ФД (чувству переполнения, раннему насыщению). Во-вторых, поскольку авторы новых Римских критериев III пишут о возможности нередкого сочетания ФД с такими симптомами, как тошнота, рвота и отрыжка, то вместо прежней достаточно простой формулировки диагноза у больного, предъявляющего жалобы на чувство переполнения в подложечной области после еды, тошноту и отрыжку («функциональная диспепсия, дискинетический вариант»), мы в соответствии с новыми рекомендациями получим следующее нагромождение: «Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром. Синдром хронической идиопатической тошноты. Синдром неспецифической чрезмер-

ной отрыжки». Искусственность такой формулировки диагноза становится очевидной.

Римские критерии III ФД пока еще не получили среди гастроэнтерологов должной оценки с позиций их преимуществ или недостатков. Однако первые отклики на них содержали серьезные критические замечания. Так, D.K.F.Siu и соавт., проанализировав результаты опроса 2000 человек, пришли к выводу, что частота ФД в этой группе при оценке в соответствии с Римскими критериями II составила 26%, а при анализе с позиций Римских критериев III – всего лишь 8%. Далее, было отмечено, что даже при соответствии диспепсических жалоб Римским критериям III их в большинстве случаев оказалось невозможно идентифицировать как синдром боли в эпигастрии или как ППДС. В итоге авторы пришли к заключению, что при оценке диспепсических жалоб на основании Римских критериев III выявляются только больные с тяжелым течением ФД и остаются «за бортом» пациенты с умеренно выраженными симптомами диспепсии, которые также обращаются к врачам и подвергаются эндоскопическим исследованиям.

Несмотря на наличие ряда недостатков Римских критериев III разработка принципиальной концепции функциональных расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки стала важным шагом вперед в понимании механизмов возникновения диспепсических жалоб у таких пациентов. Вместо прежних представлений о «гастритической» обусловленности диспепсических жалоб, прочно укоренившихся в сознании практических врачей, сформулированы новые положения о важной роли нарушений желудочной секреции, гастродуоденальной моторики и висцеральной чувствительности в возникновении симптомов диспепсии у таких больных. В ходе личной беседы, состоявшейся в 1988 г. в Риме после окончания симпозиума, посвященного принятию Римских критериев II, между одним из авторов этих строк и проф. D.Drossman, председательствовавшим на данном симпозиуме, проф. Drossman подчеркнул, что вся концепция ФД была, по существу, создана именно с целью убедить практических врачей в том, что диспепсические симптомы не связаны с имеющимся у пациентов хроническим гастритом. Более подробно о соотношении между ФД и хроническом гастритом речь пойдет в следующей главе.