

чени у одного был выявлен хронический гепатит с увольнением из Вооруженных Силах по болезни.

Заключение. Проведенное на небольшом материале исследование позволило показать значительную частоту изменений верхних отделов ЖКТ у молодых мужчин –военнослужащих срочной службы – с диспептическими жалобами.

#### Литература:

1. Бова А.А., Криушев П.В. Диспепсия в свете Римского III Консенсуса // Военная медицина. – 2009. - № 3. - С. 17-18.
2. Мараховский К.Ю. Сопряженность изменений слизистой желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* у детей и взрослых в урбанизированной популяции // Мед. новости. – 2004. – № 9. – С. 17 – 23.
3. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей / Пособие. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. – Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. – 160 с.
4. Силивончик Н.Н. Функциональные желудочно-кишечные расстройства: пособие для врачей / Силивончик Н.Н., Пиманов С.И., Мирутко Д.Д. – Минск: Доктор Дизайн, 2010. – 92 с.

УДК 616.33-002

## ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

*Януль А.Н., Любутина Г.П.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, РБ  
ГУ «223 центр авиационной медицины ВВС и войск ПВО ВС РБ», Минск, РБ*

В статье представлен обзор публикаций и фундаментальных исследований, раскрывающих основные значения функциональной диспепсии.

Наиболее частым функциональным желудочно-кишечным расстройством является функциональная желудочная диспепсия. В настоящее время вопросы, относящиеся к функциональным желудочно-кишечным расстройствам – определения, механизмы, классификация, диагностические критерии, подходы к диагностике и лечению – стандартизованы и регламентируются международным соглашением - Римским Консенсусом III (2006), который является руководством к действию для врача [3].

Функциональная диспепсия – это симптомы, относящиеся к гастродуоденальной области, при отсутствии каких-либо органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить эти проявления [2,6].

Римский Консенсус III разделил эту функциональную патологию на два новых варианта: 1) постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) - диспепсические симптомы, вызываемые приемом пищи или индуцированные пищей диспепсические симптомы;

2) эпигастральный болевой синдром (ЭБС) - синдром эпигастральной боли [2,4].

К симптомам гастродуоденальной области относятся боль, жжение, чувство полноты после еды и раннее насыщение. У больных, имеющих один или более из приведенных симптомов (чувство полноты после еды, быстрая насыщаемость, эпигастральная боль или жжение) определяется желудочная диспепсия [2,3,4]. Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3 последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой.

В механизме развития функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта основное внимание уделяется генетической предрасположенности, психосоциальным факторам, нарушениям моторики, висцеральной гиперсенситивности, а также воспалению, микрофлоре *Helicobacter pylori* [1]. Роль инфекции *H. pylori* при функциональной диспепсии является спорной, но последние мета-анализы доказывают незначительное улучшение после эрадикации у инфицированных больных [3,5,9].

С целью диагностики функциональной диспепсии необходимо исключить симптомы тревоги: потеря массы тела, персистирующая рвота, гастроинтестинальные потери, прогрессирующая дисфагия. Если пациент впервые пришёл на приём с диспептическими жалобами, ему следует установить предварительный диагноз «Диспепсия необследованная». После проведения ФЭГДС и исключения эрозивно-язвенного или опухолевого поражения желудка и 12-перстной кишки (системные метаболические нарушения также должны отсутствовать) только тогда устанавливается диагноз «Функциональная диспепсия».

На практике еще часто диспептические жалобы пациентов и визуальные эндоскопические характеристики (эритематозная или гипертрофическая гастропатия) трактуются как хронический гастрит. Напоминаем, хронический гастрит – понятие исключительно морфологическое. Известно, что гиперемия слизистой – состояние неточно обозначенное, а исследованиями установлено, что морфологические характеристики слизистой оболочки желудка при эритематозной гастропатии и визуальной нормальной картине у пациентов с клиническими симптомами желудочной диспепсии достоверно не различаются, за исключением более частого наличия мононуклеарной инфильтрации в теле и антральном отделе желудка. Частота контаминации желудка *Helicobacter pylori* при наличии гастроэнтерологической симптоматики составляет у детей, по данным К.Ю. Мараховского, С.Б. Попко (2004) – до 52% [1,3].

В лечении функциональной диспепсии следует достичь улучшения состояния больного и уменьшить проявления симптомов. Рекомендации Консенсуса направлены на установление контакта с больными и грамотное их информирование о результатах обследования, характере заболевания и прогнозе. Пациенту следует объяснить, что функциональная диспепсия является заболеванием, чрезмерно реагирующим на всевозможные изменения пищи, гормональный профиль, лекарства и стрессовые воздействия. Врач должен подчеркнуть, что как физиологические, так и психологические факторы способствуют возникновению беспокоящих пациента симптомов.

Диетические рекомендации не носят строгого характера и должны оставаться в рамках обычного здорового питания. Фармакотерапия основывается на

применении антисекреторных средств, антацидов и прокинетиков [3,4,5,7]. Препараты выбираются по ведущему симптому. Антисекреторная терапия является терапией выбора у пациентов с преобладающим симптомом эпигастральной боли. Гастропрокинетики показали эффективность при функциональной диспепсии в сравнении с плацебо. Авторы публикаций склоняются к тому, что у части больных от прокинетиков наблюдается польза, что соответствует результатам мета-анализа. Логично ожидать максимальный эффект прокинетиков в группе больных с постпрандиальным дистресс-синдромом [2]. По данным Кохрейновского мета-анализа, установлено, что после эрадикации уменьшение объединенного относительного риска симптоматики функциональной диспепсии статистически значимо, хотя составляет всего лишь 8–10% в сравнении с плацебо при наблюдении в течение 12 месяцев. При функциональной диспепсии может проводиться эрадикационная терапия инфекции *Helicobacter pylori* с целью устранения или уменьшения клинических симптомов. В соглашении Маастрихт III отмечается, что эрадикация *Helicobacter pylori* при функциональной диспепсии дает скромный, достоверно положительный эффект, и эрадикационная терапия рекомендована в качестве подходящего выбора [2,3,5,7].

#### Литература:

1. Мараховский К.Ю. Сопряжённость изменений слизистой желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* у детей и взрослых в урбанизированной популяции // «Медицинские новости». – 2004. – №9. – С. 17 – 23.
2. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей / Пособие. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. – Витебск: Издательство ВГМУ. – 2006. – 160 с.
3. Силивончик Н.Н., Мирутко Д.Д. Функциональная диспепсия у подростков // Мед. новости. – 2009. – № 6. – С. 31-34.
4. Силивончик Н.Н., Пиманов С.И., Мирутко Д.Д. Функциональные желудочно-кишечные расстройства. Пособие для врачей / Пособие. Силивончик Н.Н., Пиманов С.И., Мирутко Д.Д. – Минск: Доктор-Дизайн. – 2010. – 92 с.
5. Каримджон Б. Синдром функциональной диспепсии и *Helicobacter pylori*. Автореферат / Автореферат. Каримджон Б. – Душанбе. – 2006. – 27 с.
6. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // *Gastroenterology*. – 2006. Vol. 130. № 5. P. 1377–1378.
7. Moayyedi P, Soo S, Deeks J et al. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2006. 2: CD002096.
8. Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders // *Gastroenterology*. – 2006. Vol. 130. P. 1466–1479.
9. Seno H, Nakase H, Chiba T. Usefulness of famotidine in functional dyspepsia patient treatment: comparison among prokinetic, acid suppression and anti-anxiety therapies // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2005. Vol. 21. P. 32–36.