



Дифференциальная диагностика при синдроме желудочной диспепсии

РУСТАМОВ МИРЗАБЕК НАДИРОВИЧ

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Актуальность

Синдромом желудочной диспепсии страдает 30–40% всего населения, который служит причиной 4–5% всех обращений больных к врачам общей практики. Между тем врачи нередко не вполне правильно понимают причины имеющихся у таких у больных диспепсических расстройств и порой переоценивают роль гастритических изменений, которые выявляются очень часто, но в большинстве случаев не сопровождаются характерными клиническими симптомами.

В клинической практике встречаются случаи недостаточно обоснованного назначения больным с синдромом диспепсии ряда лекарственных препаратов (например, ферментных), оказывающихся у таких пациентов обычно малоэффективными.

Актуальность

- Наличие диспепсических симптомов существенно **снижает качество жизни** таких больных
- к врачу обращаются приблизительно лишь 25% больных
- меньшая часть (35-40%) приходится на долю заболеваний, входящих в группу органической диспепсии
- большая часть (60-65%) - на долю функциональной диспепсии
- у женщин функциональная диспепсия встречается в 1,5 раза чаще, чем у мужчин
- высокая распространенность синдрома диспепсии среди населения определяет **огромные расходы** по обследованию и лечению
- например, в Швеции эти расходы составляют 400 млн. \$ на 10 миллионов населения
- больные с синдромом диспепсии пребывают в течение года **на больничном листе на 3-4 недели больше** по сравнению со средними показателями, рассчитанными для всего населения.

Определение

Желудочная диспепсия — любые
верхнеабдоминальные или ретростернальные
боли, дискомфорт, изжога, тошнота, рвота
или другие проявления, указывающие на
вовлеченность верхних отделов желудочно-
кишечного тракта

(Colin - Jones D . G ., 1988)

Определение

Желудочная диспепсия – эпизодические или постоянные абдоминальные симптомы, часто имеющие связь с режимом и характером питания и позволяющие врачу или самому пациенту заподозрить расстройство в проксимальных отделах желудочно-кишечного тракта

(Barbara U., 1989)

Определение

Диспепсия — наличие болей или дискомфорта в верхней части живота, которые могут сопровождаться другими симптомами (*тошнота, чувство насыщения и переполнения*), связанными или не связанными с приемами пищи. При условии существования таких признаков более трех месяцев может применяться термин «хроническая диспепсия»

(*TalleyN . G ., 1991*)

Эпидемиология

- распространенность синдрома желудочной диспепсии среди населения колеблется от 5 до 70%
- в развитых странах Западной Европы синдромом желудочной диспепсии встречается примерно у 30-40% населения и служит причиной 4-5% всех обращений к врачам общей практики
- в некоторых странах Африки частота синдрома желудочной диспепсии в популяции достигает 61%

Классификация

Органическая диспепсия

Если симптомы диспепсии обусловлены такими заболеваниями, как язва желудка или гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, злокачественная опухоль, желчнокаменная болезнь или хронический панкреатит, то говорят о синдроме органической диспепсии

Классификация

Функциональная диспепсия

Если в ходе обследования перечисленные выше заболевания не выявлены, то устанавливают диагноз функциональной диспепсии

Среди возможных причин и механизмов, способствующих развитию функциональной диспепсии, рассматривают гиперсекрецию соляной кислоты, погрешности в питании, инфекции, обусловленные *Helicobacter pylori*, вредные привычки, прием лекарственных препаратов, психоэмоциональный стресс

Единственным патогенетическим фактором, значение которого в развитии функциональной диспепсии можно считать твердо доказанным, является нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки – вследствие расстройства аккомодации желудка

Этиология и патогенез

Рассматривается ряд факторов:

- гиперсекреция соляной кислоты
- алиментарные погрешности
- вредные привычки
- прием лекарственных препаратов
- нервно-психические факторы
- *Helicobacter pylori*
- нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки

Этиология и патогенез

(гиперсекреции соляной кислоты)

У здоровых и большинства больных с функциональной диспепсией нет каких-либо различий в уровне секреции соляной кислоты

Все же эффективность антацидных и антисекреторных препаратов в лечении больных с язвенноподобным вариантом функциональной диспепсии свидетельствует о том, что в патогенезе по крайней мере данного варианта кислотно-пептический фактор занимает определенное место

Этиология и патогенез

(повышение чувствительности СОЖ)

Выдвигалась также точка зрения, что, возможно, у пациентов с функциональной диспепсией повышена чувствительность слизистой оболочки желудка к действию соляной кислоты, но и эта гипотеза не нашла в дальнейшем своего подтверждения

Этиология и патогенез

(вредные привычки и алиментарные погрешности)

Среди больных с функциональной диспепсией, как правило, не отмечалось большей распространенности *вредных привычек и алиментарных погрешностей* (курения, употребления алкогольных напитков, чая и кофе), а также *приема лекарственных средств* (НПВП) по сравнению с пациентами, страдающими другими гастроэнтерологическими заболеваниями

Все же, по другим данным, курение повышает риск развития функциональной диспепсии более чем в 2 раза

Этиология и патогенез (нервно-психические стрессы)

Исследования не подтвердили более высокой распространенности у больных с функциональной диспепсией тех или иных жизненных событий, способных вызвать стресс (изменение профессии, семейного статуса, жилищных условий) по сравнению со здоровыми

У больных с функциональной диспепсией был выявлен более высокий уровень тревожности, депрессии, невротических и ипохондрических реакций

Установлено, что психологический профиль больных с функциональной диспепсией, существенно не отличается от такового у больных с другими гастроэнтерологическими заболеваниями

Этиология и патогенез (*Helicobacter pylori*)

H. pylori чаще обнаруживается у больных с функциональной диспепсией (в 60-70%), чем у лиц контрольной группы (35-40%)

H. pylori чаще обнаруживаются при язвенноподобном варианте функциональной диспепсии и, наоборот, реже - при дискинетическом

успешная эрадикация *H. pylori* приводит у 80-85% больных с функциональной диспепсией к существенному улучшению и даже полному исчезновению диспепсических жалоб, нормализации секреторной и моторной функции желудка

(литературные данные разных авторов о связи функциональной диспепсии и *H. pylori* противоречивы)

Этиология и патогенез

(нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки)

расстройства аккомодации желудка (способность проксимального отдела желудка расслабляться после приема пищи под действием постоянно нарастающего давления содержимого на его стенки)

нарушения ритма перистальтики желудка (т.н. “желудочная дисритмия” - тахигастрия, брадигастрия, смешанная дисритмия)

у большинства больных функциональной диспепсией обнаруживаются нарушения биоэлектрической активности желудка в виде брадигастрии, которые коррелируют с такими симптомами, как тошнота, рвота, чувство переполнения в эпигастрии

Этиология и патогенез

(нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки)

у больных с функциональной диспепсией могут выявляться *ослабление моторики антрального отдела* с последующим расширением антрального отдела и гастропарезом и *нарушения антродуоденальной координации*

Замедление эвакуации из желудка и ослабление моторики антрального отдела выявляются почти у 50% больных с функциональной диспепсией

Основные симптомы желудочной диспепсии

- абдоминальная боль или дискомфорт
- чувство переполнения после еды
- вздутие живота
- раннее чувство насыщения
- анорексия
- тошнота
- рвота
- изжога
- аэрофагия

Основные симптомы желудочной диспепсии *(боль)*

Боли, локализованные в эпигастрии, субъективно воспринимаются как неприятные в подложечной области ощущения; некоторые пациенты могут по срединной линии чувствовать как бы “повреждение тканей”. Другие симптомы могут беспокоить больного, но не определяться им как боли. При расспросе пациента необходимо отличать боли от чувства **дискомфорта**

Основные симптомы желудочной диспепсии (дискомфорт)

Дискомфорт, субъективно неприятное ощущение, которое не локализованный, а интерпретируется пациентом, как боли и которое подложечной области при более детальной оценке может включать по срединной линии себя симптомы, указанные ниже (раннее насыщение, переполнение, тошнота)

Основные симптомы желудочной диспепсии (раннее чувство насыщения)

Под «**ранним насыщением**» понимают ощущение переполнения желудка сразу после начала приема пищи независимо от объема, съеденного, а под «тяжестью» и «переполнением» - неприятное ощущение, вызванное задержкой пищи в желудке, что может быть, и не связано с едой. Согласно статистическим данным, описанные симптомы периодически возникают у каждого третьего жителя планеты

Основные симптомы желудочной диспепсии (переполнение, тошнота)

Переполнение, неприятное ощущение задержки пищи в желудке; оно может быть связано или не связано с приемом пищи. Вздутие в эпигастральной - чувство распираания в подложечной области; его области необходимо отличать от видимого вздутия живота

Тошнота – ощущение приближающейся рвоты

Диагностика

В соответствии с решениями согласительного совещания Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (Рим, 1999), диагноз функциональной диспепсии может быть поставлен при наличии *трех обязательных условий:*

Диагностика

1. У больного отмечаются постоянные или рецидивирующие симптомы диспепсии (боли или ощущение дискомфорта, локализованные в эпигастрии по срединной линии), превышающие по своей продолжительности 12 недель в течение года

Диагностика

2. При обследовании больного, включающем эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, не выявляются органических заболеваний, способных объяснить имеющиеся у него симптомы

Диагностика

3. Нет указаний на то, что симптомы диспепсии исчезают после дефекации или же связаны с изменениями частоты и характера стула (т.е., нет признаков синдрома раздраженного кишечника)

Диагностика

Таким образом, диагностика функциональной диспепсии предусматривает, прежде всего, *исключение органических заболеваний, протекающих с аналогичными симптомами*

Такими заболеваниями чаще всего оказываются гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь, рак желудка, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит

Дифференциальная диагностика

В обязательном порядке применяются:

ФГДС с биопсией (*Helicobacter pylori*)

УЗИ

клинические и биохимические анализы крови

общий анализ кала и анализ кала на скрытую кровь

рентгенологическое исследование желудка

электрогастрография и сцинтиграфия желудка

суточное мониторирование внутрипищеводного pH

Дифференциальная диагностика

Проводится с органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), СРК, хроническим гастритом, язвенной болезнью, хроническим панкреатитом, желчнокаменной болезнью, абдоминальным вариантом «скрытой депрессии» и другими заболеваниями

Клинико-anamнестические признаки СФД

- Длительность заболевания **значительная**
- Выраженность жалоб **изменчивая**
- Локализация болей **диффузная, изменчивая**
- Потеря массы тела **(+)**
- Связь возникновения жалоб со стрессовыми ситуациями **(+++)**
- Связь с приемом пищи и ее качеством **(+)**
- Жалобы нарушают ночной сон **(+)**
- Другие функциональные вегетативные жалобы
- - со стороны ЖКТ **(+++)**
- - со стороны других органов **(+++)**

Клинико-анамнестические признаки органических заболеваний ЖКТ

- Длительность заболевания **небольшая**
- Выраженность жалоб **постоянная**
- Локализация болей **ограниченная**
- Потеря массы тела **(++)**
- Связь возникновения жалоб со стрессовыми ситуациями **-**
- Связь с приемом пищи и ее качеством **(++)**
- Жалобы нарушают ночной сон **(++)**
- Другие функциональные вегетативные жалобы
 - - со стороны ЖКТ **(+)**
 - - со стороны других органов **(+)**

Дифференциальная диагностика (аэрофагия)

В соответствии с рекомендациями согласительного совещания (Рим, 1999), *аэрофагия* определяется как повторная отрыжка, обусловленная заглатыванием воздуха, которая причиняет больному беспокойство и отмечается им на протяжении не менее 12 недель в течение года. Диагноз обычно ставится на основании анамнеза и объективного подтверждения наличия повышенного заглатывания воздуха. Больные, страдающие аэрофагией, требуют обязательной консультации психиатра для исключения депрессии и повышенной тревоги

Дифференциальная диагностика (функциональная рвота)

Диагноз *функциональной рвоты* ставится в тех случаях, когда у больного на протяжении **не менее 12 недель в течение года** и, по меньшей мере, **не реже 3 дней в неделю** наблюдается рвота, а тщательно проведенное обследование не выявляет других причин, объясняющих наличие данного симптома (отсутствуют самостоятельно вызываемая рвота или рвота, спровоцированная приемом лекарственных препаратов, нет органического поражения кишечника или центральной нервной системы, метаболических нарушений и серьезных психических заболеваний)

Дифференциальная диагностика

Желудочная диспепсия наиболее часто обусловлена:

1. Функциональным расстройством желудка (ФРЖ) – нарушение секреторной и двигательной функции желудка с симптомокомплексом желудочной диспепсии и болевым синдромом без четко определяемых структурных изменений слизистой
2. Хроническим гастритом
3. Язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки
4. Другие причины желудочной диспепсии: рак желудка, полипы желудка, абдоминальный вариант «скрытой депрессии» и другие

Дифференциальная диагностика (хронический гастрит)

хронический гастрит и ФРЖ не имеют особенностей клинического течения, подтвердить хронический гастрит можно лишь выполнив ФГДС с биопсией различных отделов желудка (**обязательно, т. к. хронический гастрит – диагноз морфологический!**); при отсутствии выраженных изменений слизистой желудка и непродолжительном анамнезе заболевания (1-2 года) может быть выставлен диагноз ФРЖ

Дифференциальная диагностика

(абдоминальный вариант «скрытой депрессии»)

абдоминальный вариант «скрытой депрессии» - по следующим критериям:

А) **психопатологические: витальная депрессия** - беспричинная угнетенность, невозможность как прежде радоваться жизни, нежелание общаться и затруднение в общении с окружающими, отсутствие прежней энергии, трудность принятия решений, усталость, чувство физической неполноценности, тревоги, псевдофобии и др.

Б) **психосоматические критерии:** боли, парестезии в эпигастрии, боли по ходу кишечника меняющегося характера и интенсивности, не связанные с приемом пищи, запоры, реже поносы; множество жалоб, не укладывающихся в критерии какого-либо заболевания, бессонница, расстройство менструаций, потенции, неэффективность обычной терапии

В) **критерии течения:** спонтанность и периодичность (сезонность) обострения болезни, суточные колебания симптоматики - ухудшение в предутренние и особенно утренние часы, улучшение в вечернее время

Г) **психофармакологические критерии:** эффективность лечения антидепрессантами

Д) **конституционально-генетическая предрасположенность:** отягощенная психопатическая наследственность

Дифференциальная диагностика (ФРЖ)

<u>Признак</u>	<u>Функциональное расстройство желудка</u>
<u>Суточный ритм болей</u>	<u>Не характерен, боли в любое время суток</u>
<u>Сезонность боли</u>	<u>Отсутствует</u>
<u>Многогодичный ритм боли</u>	<u>Отсутствует</u>
<u>Прогрессирующее течение болезни</u>	<u>Не характерно</u>
<u>Длительность болезни</u>	<u>Чаще 1-3 года</u>
<u>Начало болезни</u>	<u>Часто еще в детском и юношеском возрасте</u>
<u>Облегчение болей после еды</u>	<u>Не характерно</u>
<u>Ночные боли</u>	<u>Не характерны</u>
<u>Связь болей с психоэмоциональными факторами</u>	<u>Характерна</u>
<u>Тошнота</u>	<u>Встречается часто</u>
<u>Стул</u>	<u>Чаще нормальный</u>
<u>Похудание</u>	<u>Не характерно</u>
<u>Локальная пальпаторная болезненность</u>	<u>Не характерна</u>
<u>Сопутствующие невротические проявления</u>	<u>Характерны</u>
<u>Данные рентгенологического исследования желудка</u>	<u>Выявляется моторно-эвакуаторная дискинезия желудка</u>
<u>ФГДС</u>	<u>Нормальный или повышенный тонус желудка, выраженный сосудистый рисунок, отчетливые складки</u>

Дифференциальная диагностика (язвенная болезнь)

<u>Признак</u>	<u>Язвенная болезнь</u>
<u>Суточный ритм болей</u>	<u>Характерен</u>
<u>Сезонность боли</u>	<u>Характерна</u>
<u>Многогодичный ритм боли</u>	<u>Характерен</u>
<u>Прогрессирующее течение болезни</u>	<u>Характерна</u>
<u>Длительность болезни</u>	<u>Часто свыше 4-5 лет</u>
<u>Начало болезни</u>	<u>Чаще у взрослых и молодых людей</u>
<u>Облегчение болей после еды</u>	<u>Характерно при дуоденальной язве</u>
<u>Ночные боли</u>	<u>Характерно при дуоденальной язве</u>
<u>Связь болей с психоэмоциональными факторами</u>	<u>Встречается</u>
<u>Тошнота</u>	<u>Встречается редко</u>
<u>Стул</u>	<u>Чаще запоры</u>
<u>Похудание</u>	<u>Умеренное</u>
<u>Локальная пальпаторная болезненность</u>	<u>Характерна</u>
<u>Сопутствующие невротические проявления</u>	<u>Встречается реже чем при ФРЖ</u>
<u>Данные рентгенологического исследования желудка</u>	<u>Выявляется язвенная «нища», перидуоденит, перигастрит</u>
<u>ФГДС</u>	<u>Язва или постязвенный рубец, явления хронического гастрита</u>

Спасибо за внимание!

