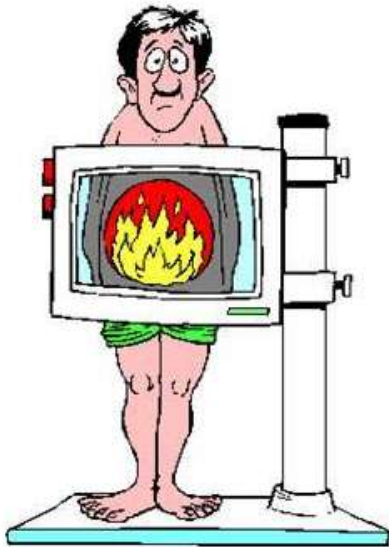


Функциональные нарушения ЖКТ



к.м.н., асс. Бодрягина Е.С.

СИМПТОМЫ

- изжога
- боль в эпигастрии
- отрыжка
- тошнота
- рвота
- схваткообразные боли в животе
- ноющие боли в правом подреберье
- чувство тяжести, переполнения в животе



Эпидемиология функциональной диспепсии (ФД)

- У каждого третьего пациента, обращающегося к врачу—гастроэнтерологу, выявляется ФД
- К врачу обращается только **25%** пациентов
- Код по МКБ-10: **K30 - Диспепсия**



Диспепсия

```
graph TD; A([Диспепсия]) --> B(Диспепсия с установленной причиной (органическая)); A --> C(Диспепсия без установленной причины (функциональная диспепсия));
```

Диспепсия с установленной причиной (органическая)

-при язвенной болезни, заболеваниях поджелудочной железы, желчного пузыря и т.д.

- **органические причины** диспепсии у 33-40% больных.

Диспепсия без установленной причины (функциональная диспепсия)

- клинические проявления, развившиеся вследствие нарушений моторики желудка и 12пк, **не связанные с какой-либо органической патологией** и наблюдающиеся на протяжении более 12 недель

- отсутствует связь болей и дискомфорта с нарушениями функции кишечника.

Диагностические критерии ФД (Rome IV)

1. Одно или более из нижеперечисленных:

- Тягостное чувство переполнения в эпигастральной области после еды
- Тягостное чувство раннего насыщения
- Интенсивная боль в эпигастральной области
- Тягостное чувство жжения в эпигастральной области

И

2. Отсутствие признаков органических заболеваний (включая проведение ЭГДС), которые могли объяснить наличие этих жалоб

Критерии оцениваются в течение последних трех месяцев. Симптомы возникли не менее, чем за 6 месяцев до установления диагноза

Классификация Функциональной Диспепсии Римский Консенсус IV (2016)



Симптомы тревоги («красные флаги»)*

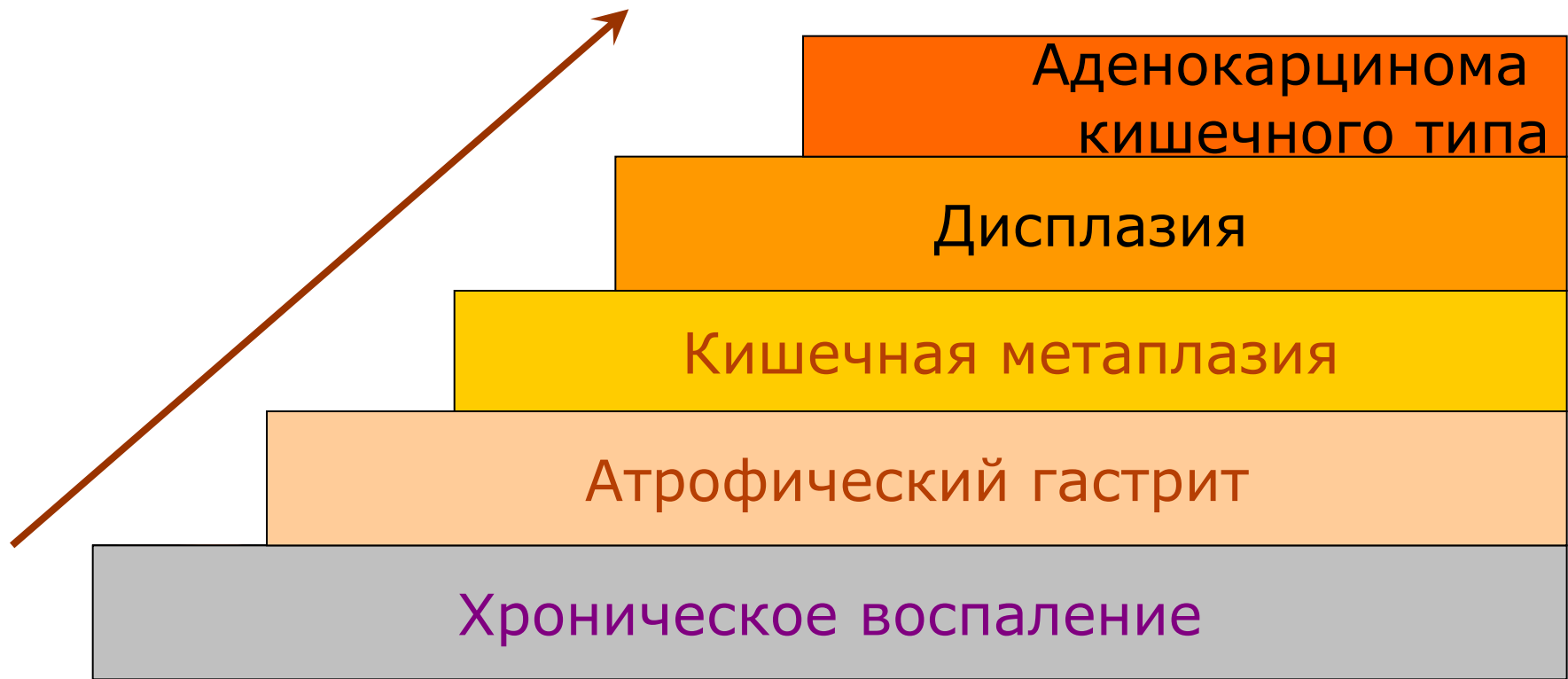


Ю.А.Кучерявый, Д.Н.Андреев, Функциональная диспепсия: современный алгоритм терапии и реалии российской практики, *Гастроэнтерология*, 1/2014 [приложение Consilium Medicum]

Хронический гастрит и ФД – в чем разница?

- ◎ Хронический гастрит – это диагноз морфологический, не имеющий какого-либо клинического эквивалента и протекающий чаще всего бессимптомно.
- ◎ Функциональная диспепсия – это диагноз клинический, отражает наличие у больного определенных клинических симптомов,

Каскад патологических изменений в слизистой оболочке желудка - Correa

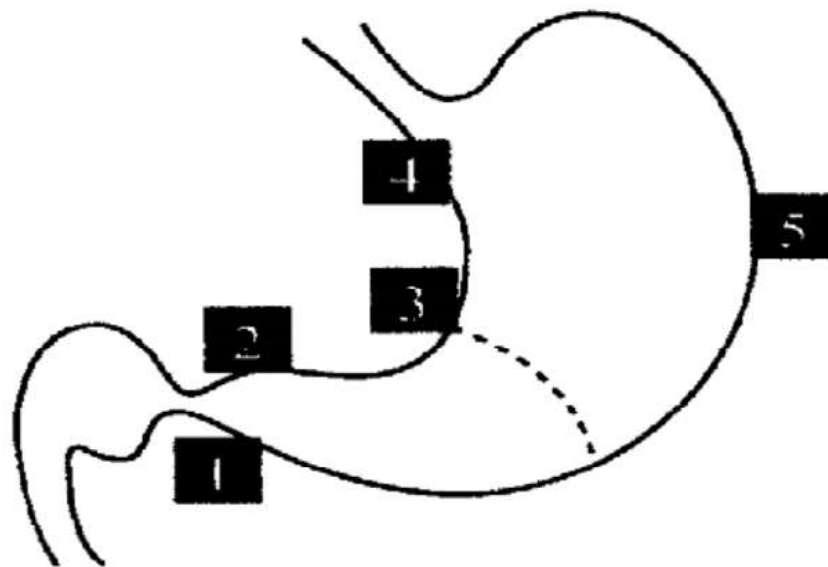


Диагностика атрофических изменений слизистой оболочки желудка – OLGA

(Operative Link for Gastritis Assessment, 2008)

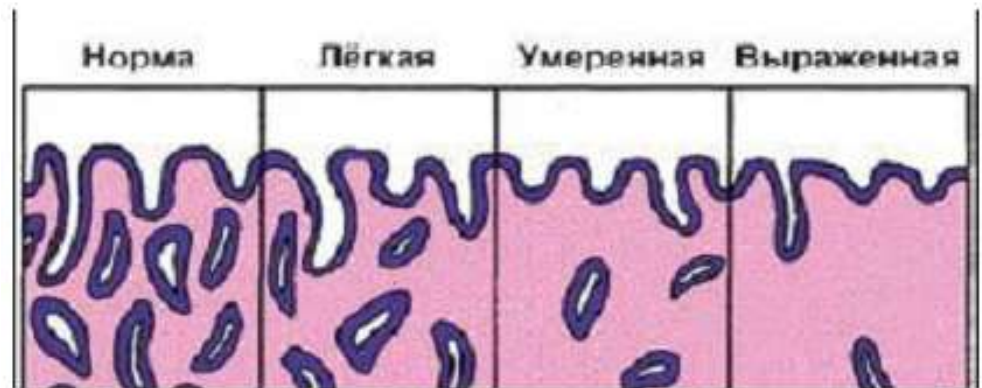
изучают 5 биоптатов:

- из тела (2 биоптата)
- антрума (3 биоптата)



Диагностика атрофических изменений слизистой оболочки желудка - OLGA

- оценивают по 10
правильно
ориентированных
желез



Диагностика атрофических изменений слизистой оболочки желудка - OLGA

Таблица 2. Интегральный показатель степени гастрита в системе OLGA

Анtrum	Тело			
	0	I	II	III
0	Степень 0	Степень I	Степень II	Степень II
I	Степень I	Степень II	Степень II	Степень III
II	Степень II	Степень II	Степень III	Степень IV
III	Степень II	Степень III	Степень IV	Степень IV

Диагностика атрофических изменений слизистой оболочки желудка – косвенные методы

«Гастропанель»

- ◎ Снижение сывороточного пепсиногена (<25 мкг/л)
- ◎ Снижение гастрина-17
- ◎ Определение *H.pylori*

Примеры формулировки диагноза

- Хронический поверхностный антральный гастрит, ассоциированный с инфекцией НР. Катаральный дуоденит. Язвенноподобный (болевой) вариант ФД
- Хронический мультифокальный атрофический гастрит, ассоциированный с инфекцией НР. Дискинетический вариант ФД (постпрандиальный дистресс-синдром).

Методы исследования

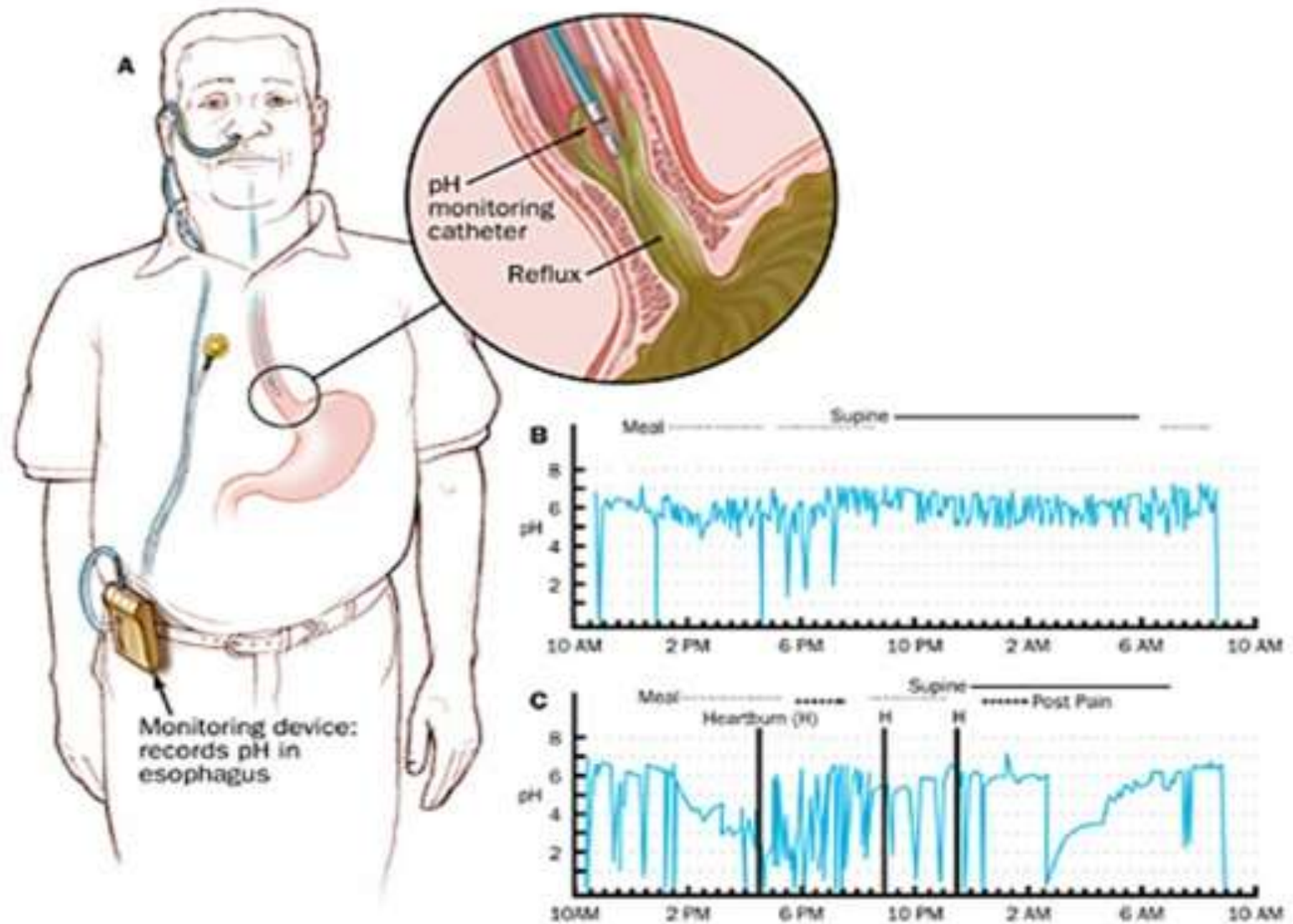
Основные (для всех пациентов с синдромом диспепсии)

- ОАК
- Биохимический анализ крови
- Анализ кала
- ЭГДС
- УЗИ ОБП
- Определение *H.pylori*

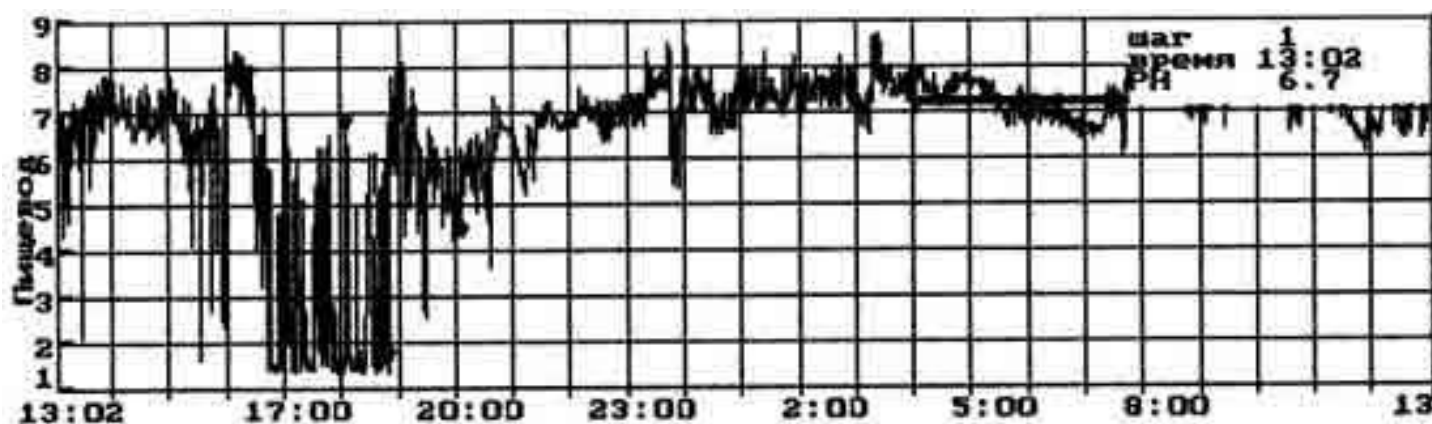
Дополнительные (специальные показания)

- Р-графия желудка и 12пк
- внутрижелудочная рН-метрия
- методы исследования двигательной функции желудка (сцинтиграфия, электрогастрография, манометрия желудка)
- компьютерная томография

24-часовая рН-метрия



24-часовая рН-метрия



Импеданс-pH-метрия (Импедансометрия + pH-метрия)

- **Импедансометрия** - метод исследования перистальтики пищевода и процесса прохождения по нему жидких и газовых болюсов
- Используются ZpH-зонды
- Необходимость – диагностика этиологии рефлюксов (жидкий, газовый, щелочной, кислый, смешанный)
- При неэффективности терапии ГЭРБ

Импеданс-рН-метрия (Импедансометрия + рН-метрия)

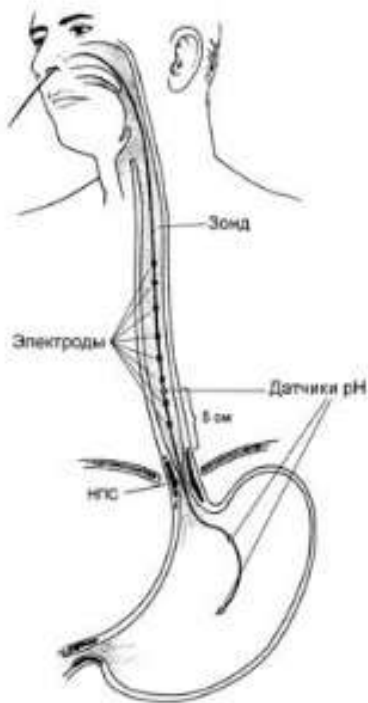


Рис. 1. Установка ZpH-зонда с одним рН-электродом в пищеводе

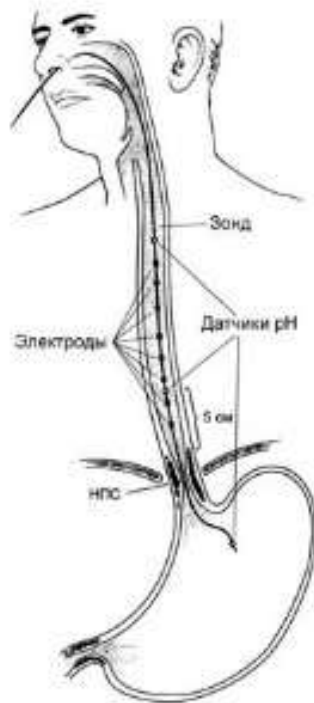


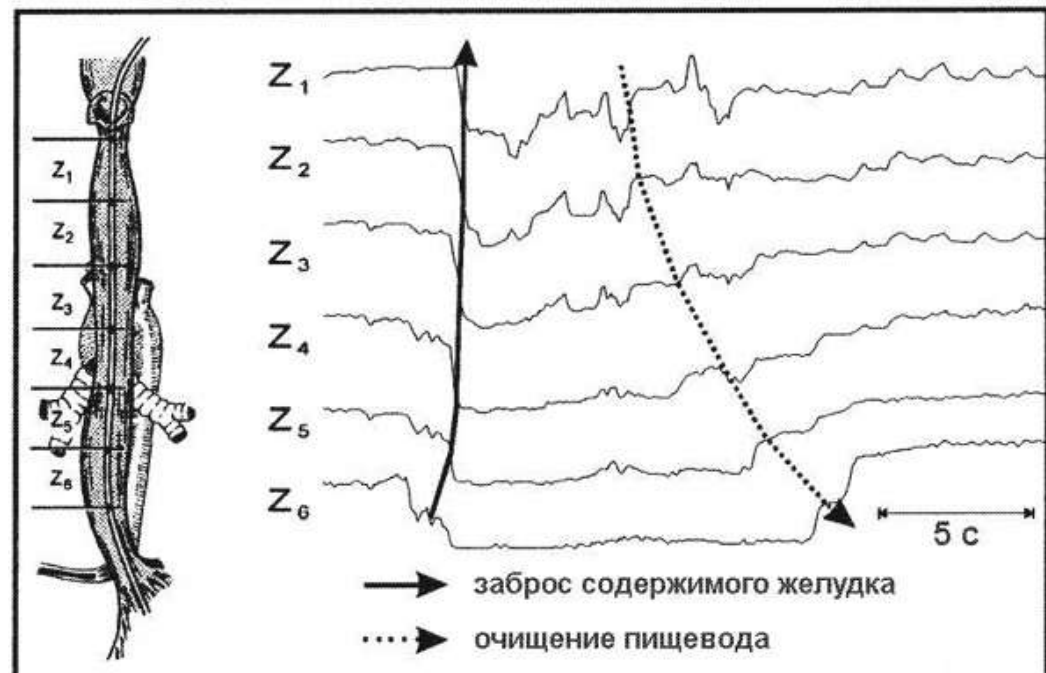
Рис. 2. Установка ZpH-зонда с двумя рН-электродами в пищеводе



Рис. 3.
Импедансоацидомонитор
"Гастроскан-ИАМ"

Импеданс-рН-метрия (Импедансометрия + рН-метрия)

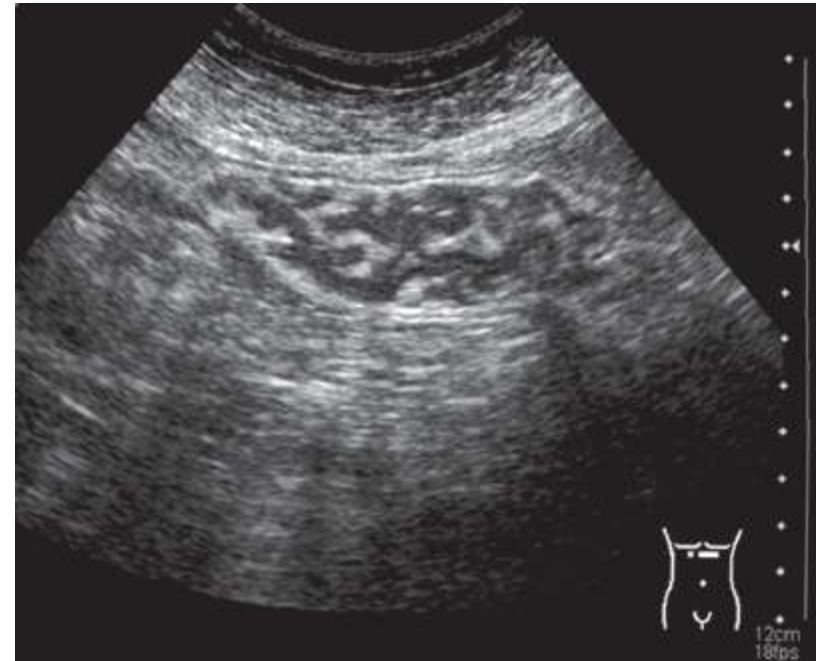
- **Импедансометрия** - метод исследования перистальтики пищевода и процесса прохождения по нему жидких и газовых болюсов
- Используются ZpH-зонды



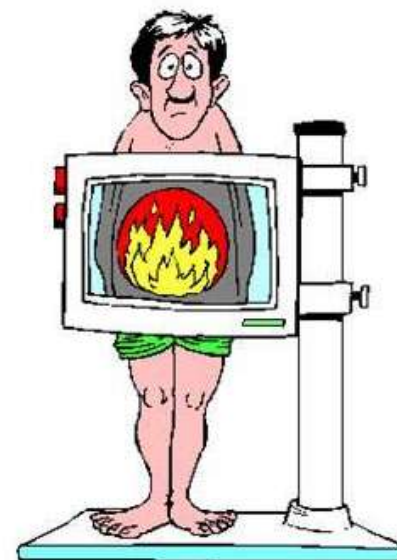
Импедансограмма высокого ГЭР

УЗИ желудка

- Исследование аккомодации желудка
- Перистальтическая активность и толщина стенок
- Рефлюкс дуоденального содержимого в желудок
- Эвакуаторная функция
- Оценка толщины стенки
- Неинвазивно, однако требует специальных знаний УЗИ-врача



Кислотозависимые
заболевания –
лечить!
Как? Чем? Сколько?



Принципы лечения ФД

- ◎ частое (до 6 раз в день), дробное питание небольшими порциями
- ◎ ограничение жирной и острой пищи
- ◎ ограничение кофе
- ◎ отказ от курения, употребления алкоголя
- ◎ отказ от приема НПВП

Как лечить изжогу?

Защита слизистой пищевода и желудка

- Жидкие невсасывающиеся препараты алюминия и магния (алмагель, маалокс, фосфалюгель, ренин и др.)
- Альгинаты – препараты, содержащие альгиновую кислоту (Гевискон)
- Антациды следует принимать через 40-60 минут после еды и перед сном

Медикаментозное лечение ФД

- ☐ При ЭБС (язвенноподобном) варианте ФД показаны антациды и кислотосупрессивные препараты **ИПП, H₂-блокаторы**
- ☐ При ПДС (дискинетическом) варианте главным образом применяют **прокинетики**: домперидон, метоклопрамид, итоприд
- ☐ При неспецифическом варианте ФД показана **комбинированная терапия прокинетиками и антисекреторными препаратами**
- ☐ При наличии депрессивных или ипохондрических реакций необходима рациональная психотерапия, назначение **антидепрессантов**

Препараты, подавляющие желудочную секрецию (при язвенноподобном варианте)

- ИПП – омепразол, лансопразол, рабепразол, пантопразол, эзомепразол.
20-40 мг/сутки, за 1 час до еды, 4 недели
- H₂-блокаторы - фамотидин

Медикаментозное лечение ФД

- ☐ При ЭБС (язвенноподобном) варианте ФД показаны антациды и кислотосупрессивные препараты **ИПП, H2-блокаторы**
- ☐ При ПДС (дискинетическом) варианте главным образом применяют **прокинетики**: домперидон, метоклопрамид, итоприд
- ☐ При неспецифическом варианте ФД показана **комбинированная терапия прокинетиками и антисекреторными препаратами**
- ☐ При наличии депрессивных или ипохондрических реакций необходима рациональная психотерапия, назначение **антидепрессантов**

Прокинетики (при дискинетическом варианте)

- ◎ Метоклопрамид (церукал) 10 мг 2-3 раза в сутки
- ◎ Домперидон (мотилиум) – 10 мг 3 раза в сутки до еды
- ◎ Итоприд (ганатон, итомед) – 50 мг 2-3 раза в сутки

Прокинетики (при дискинетическом варианте)



В 25-30% случаев при применении
МЕТОКЛОПРАМИДА наблюдаются:

- ⦿ экстрапирамидные нарушения (мышечный гипертонус, спазм лицевой мускулатуры, гиперкинезы)
- ⦿ головная боль, головокружение, сонливость, беспокойство, депрессия и др.)
- ⦿ гормональный эффект (гиперпролактинемия, галакторея, нарушения менструального цикла, гинекомастия)

Прокинетики (при дискинетическом варианте)



Длительное использование **ДОМПЕРИДОНА**:

- повышает риск желудочковой аритмии в **4.17** **раза**
- дозы более 30 мг повышают риск аритмии в **11.4** **раза**
- Применение ограничено 30 мг/сутки и продолжительностью не более недели

Прокинетики (при дискинетическом варианте)

- ◎ Итоприд (ганатон) – 50 мг 2-3 раза в сутки
- ◎ Может применяться длительно (до 8-12 недель)
- ◎ Меньше побочных эффектов

Принципы лечения ФД

- ❑ Антисекреторная терапия (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-рецепторов гистамина)
- ❑ Прокинетики (домперидон, метоклопрамид, итоприд)
- ❑ Эрадикационная терапия (при выявлении H.pylori)
- ❑ Антидепрессанты (при необходимости)

Эрадикация

Ведение пациентов с инфекцией *H.pylori*:

- Маастрихт V Консенсус по ведению инфекции *H.pylori* (2015 г.) – Maastricht V/Florence Consensus Report on Managing *Helicobacter pylori* Infection. – Malfertheiner P et al. Gut 2016 Oct 5.
- Киотский глобальный консенсус по *Helicobacter*-ассоциированному гастриту (2015 г.) - Sugano K. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis / K. Sugano [et al.] // Gut. – 2015. – №64. – P.1353-1367.

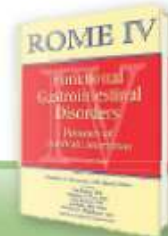
Маастрихт V – основные постулаты

- Стратегия «Выявляй и лечи»
- Эрадикация не менее 14 дней
- Обязателен контроль эрадикации
- Реинфекция (повторное инфицирование) –
КРАЙНЕ РЕДКО
- Рецидив недолеченной инфекции *H. pylori* после
несостоявшейся эрадикации - ЧАСТО

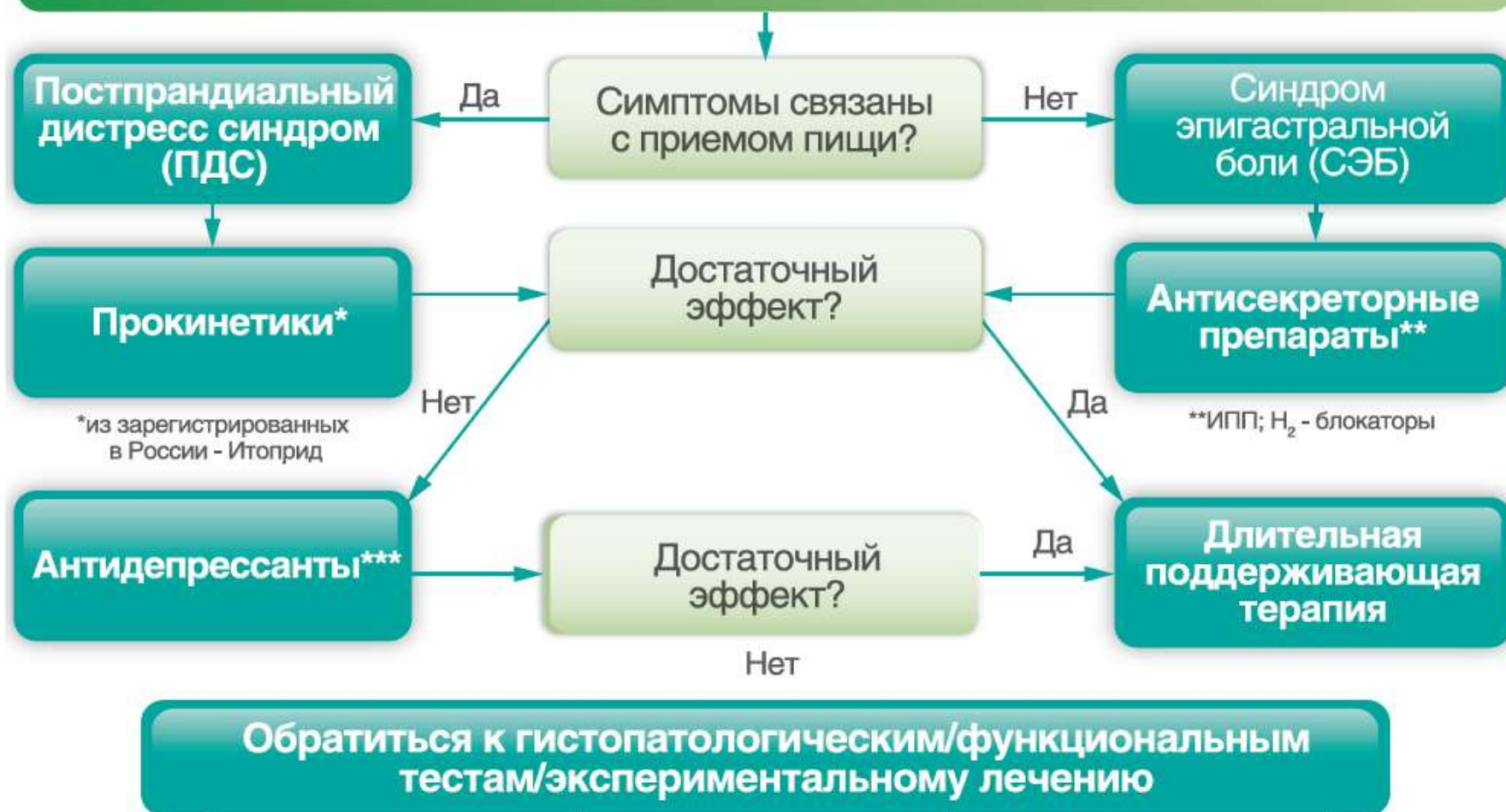
Киотский глобальный консенсус

- Хр.гастрит – трансмиссивное инфекционное заболевание
- Скрининг *H.pylori* нужно проводить как можно раньше, пока не развилась атрофия
- Инфицированным должна быть предложена эрадикационная терапия ,если нет противопоказаний
- Эрадикация *H.pylori* снижает риск рака желудка

АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ (ROME IV)

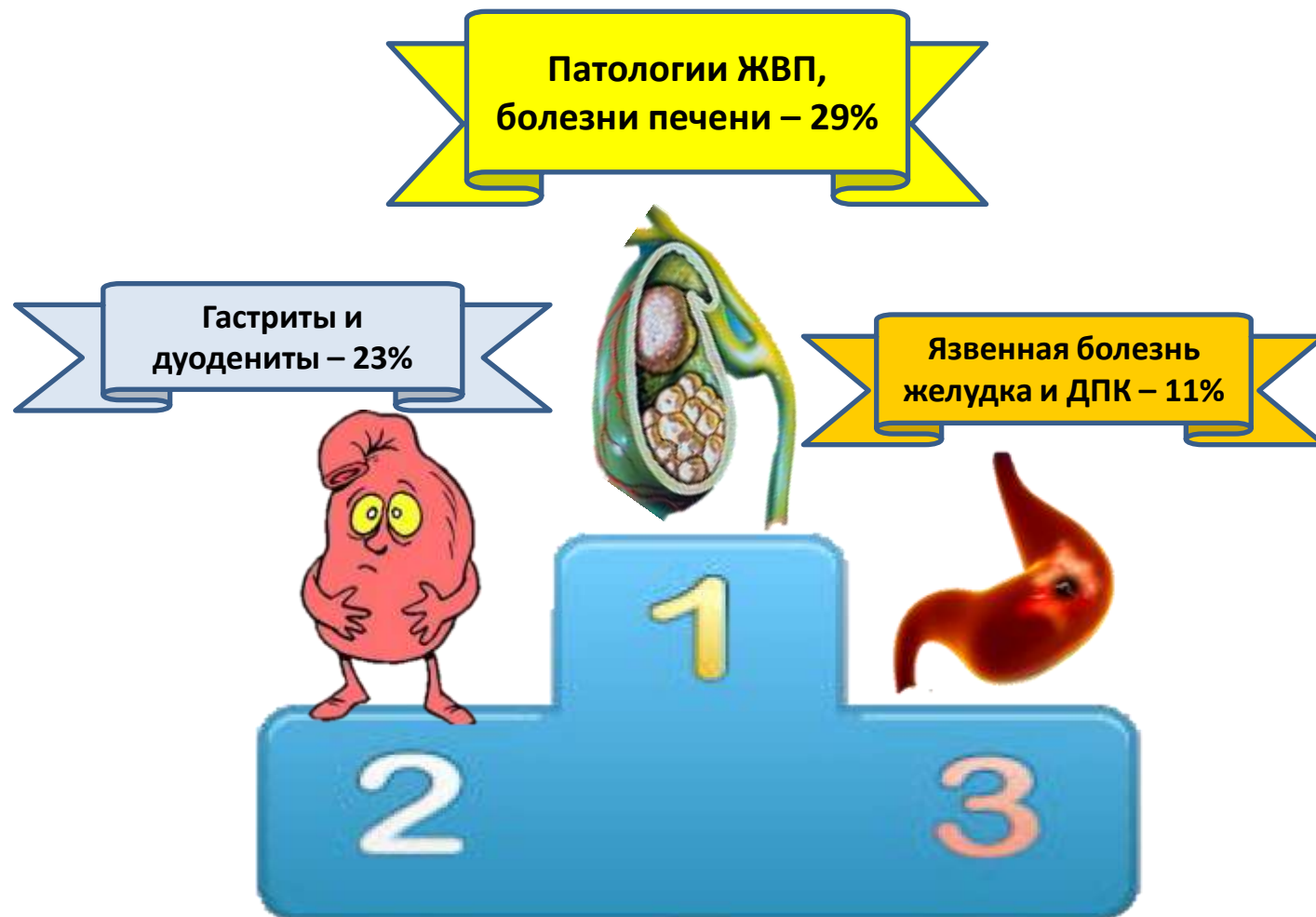


Функциональная диспепсия



Ведущие причины нетрудоспособности в РФ (среди гастроэнтерологических патологий)

Заболевания желчевыводящих путей – 2^я по частоте проблема в России после гастродуоденитов.



Билиарные боли

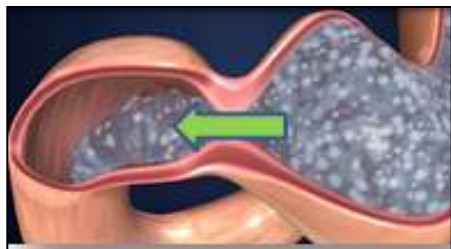
- Желчно-каменная болезнь
- Дискинезии желчевыводящих путей
- Токсические поражения печени, в т.ч. алкогольные
- Лекарственные поражения печени
- Жировая дистрофия печени
- Хронические гепатиты и циррозы печени

Заболевания желчевыводящих путей – «серый кардинал» гастроэнтерологии



Серый кардинал — так называют влиятельных людей, действующих негласно и обычно не занимающих формальных должностей с такими полномочиями

Роль желчи и холецистокинина (ХЦК) в моторике верхних отделов ЖКТ^{1,2}



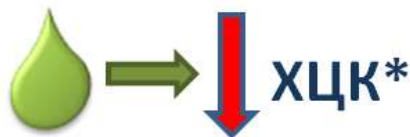
Пища, поступающая в кишку, стимулирует выработку ХЦК*



Это вызывает сокращение желчного пузыря



Желчь активирует моторику кишечника



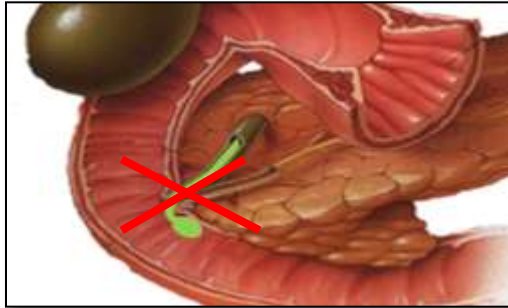
Поступление болюса желчи блокирует образование ХЦК* в двенадцатиперстной кишке



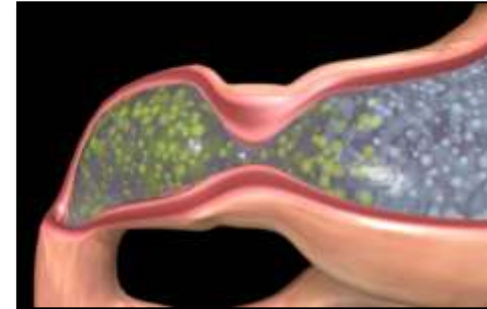
*ХОЛЕЦИСТОКИНИН

1. Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевыделительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта. Приложение РМЖ «Болезни органов пищеварения 2005;1:1-7
2. Ayman O. Nassro et al. Does Impaired Gallbladder Function Contribute to the Development of Barrett's Esophagus and Esophageal Adenocarcinoma. J Gastrointest Surg (2011) 15:908–914

Дискоординация деятельности органов гастродуоденальной системы вызывает нарушение ее функций^{1,2,3}



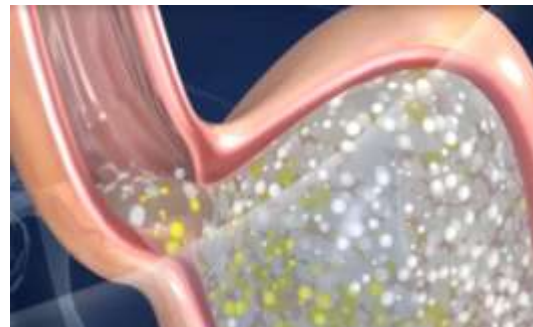
Нарушение поступления желчи
приводят к повышению уровня
ХЦК*



Высокие уровни ХЦК* нарушают работу
кардиального отдела желудка и приводят к

гастроэзофагеальному

дуоденогастральному
рефлюксу



*холецистокинин

1. Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевыделительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта. Приложение РМЖ «Болезни органов пищеварения 2005;1:1-7
2. Ayman O. Nassrio et al. Does Impaired Gallbladder Function Contribute to the Development of Barrett's Esophagus and Esophageal Adenocarcinoma. J Gastrointest Surg (2011) 15:908–914
3. Медведев В.Н., Алипова Е.Е., Доценко Н.И. Влияние секреции желчи на моторику и внутриполостное давление двенадцатиперстной кишки.// Врач.дело.-1991.- №3.-С.30-32.

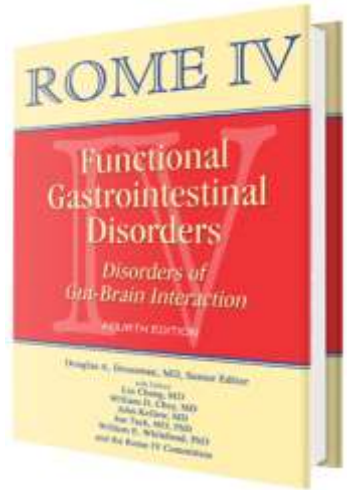
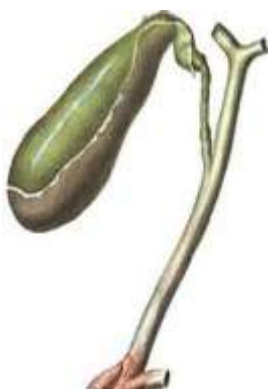
Функциональные расстройства билиарного тракта (Римский консенсус IV, 2016)¹

Е. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди

Е1. Билиарная боль

- Е1а Дисфункция желчного пузыря
- Е1b Дисфункция сфинктера Одди по билиарному типу

Е2. Дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу



E. Gallbladder and Sphincter of Oddi (SO) Disorders

- E1. Biliary pain
 - E1a. Functional gallbladder disorder
 - E1b. Functional biliary SO disorder
- E2. Functional pancreatic SO disorder

Критерии диагностики дисфункции желчного пузыря

1. Наличие болей билиарного типа (приступообразные, в правом подреберье или эпигастрии, продолжительностью не менее 20 минут) в сочетании с одним и более признаков:
 - Иррадиация в спину или в правую лопатку
 - Возникновение после приема пищи и в ночные часы
 - Тошнота, рвота
2. Нарушение функции желчного пузыря
3. Отсутствие структурных изменений билиарной системы

Диагностические тесты при заболеваниях билиарного тракта

Скрининговые

- Функциональные пробы печени, панкреатические ферменты в крови и моче
- Ультрасонография (УЗИ)
- ЭГДС

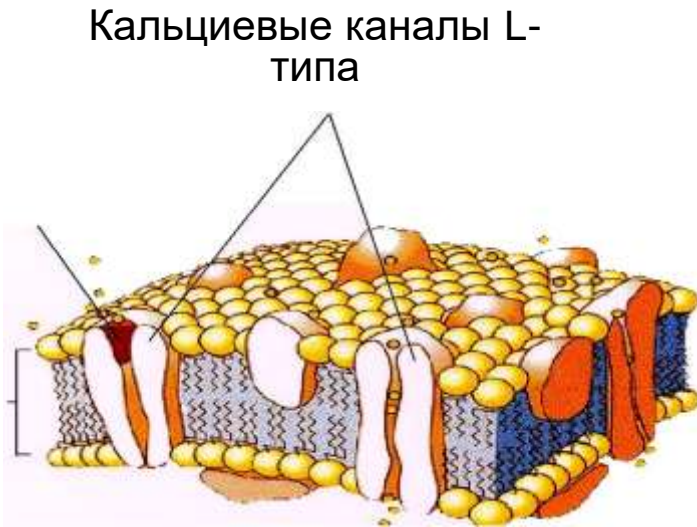
Уточняющие

- УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди
- ЭРХПГ с манометрией сфинктера Одди
- Гепатобилисцинтиграфия
- Медикоментозные тесты (с холецистокинином или морфином)

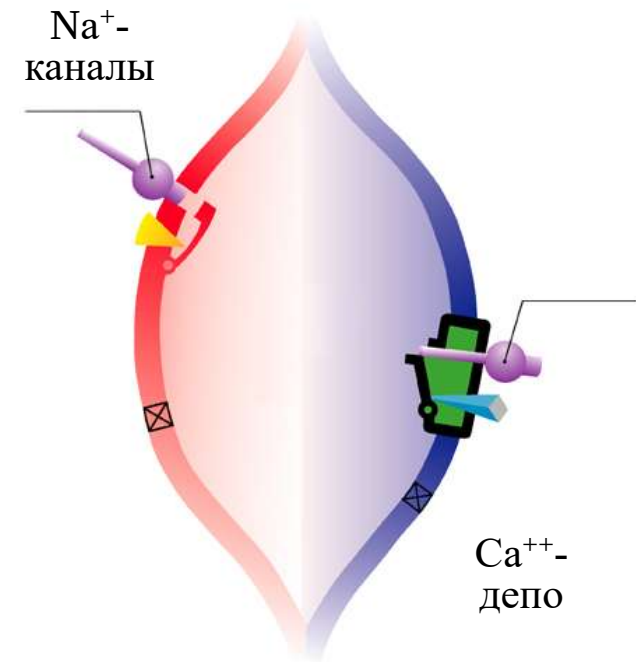
Спазмолитическая терапия

Селективные миотропные спазмолитики

Блокаторы Ca^{++} каналов



Блокаторы Na^{+} каналов



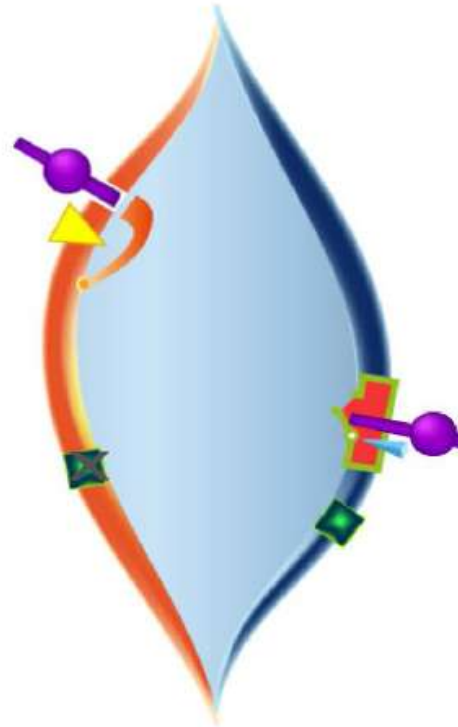
Спазмолитическая терапия дюспаталином

Мебеверин блокирует Na^+ -каналы и снимает спазм

1

Мебеверин блокирует Ca^{++} -депо, ограничивает выход K^+ из клетки и препятствует развитию гипотонии

2



Синдром раздраженного кишечника: ось «кишечник-мозг»



психогении

расстройство нейрогуморальной регуляции

элементы
симптоадреналового
преобладания

элементы
парасимпатического

Бристольская шкала форм кала

Большое время
транзита
(100 часов)



Короткое время
транзита
(10 часов)

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

СРК – Римские критерии IV (2016 г.)

Рецидивирующая боль не менее 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев, связанная с 2 или более критериями:

- Связь с дефекацией
- Связь с изменением частоты стула
- Связь с изменением характера стула

Общая продолжительность жалоб не менее 6 месяцев

Симптомы тревоги

- ✓ Начало симптомов после 50 лет
- ✓ Кровь в стуле
- ✓ Железодефицитная анемия
- ✓ Потеря веса
- ✓ Семейный анамнез органического заболевания:
 - ✓ рак толстой кишки, язвенный колит, целиакия
- ✓ Недавнее использование антибиотиков
- ✓ Внезапно появившиеся проблемы со стулом

Алгоритм терапии СРК согласно Римским критериям IV



RUDUS170976 от 28.03.2017 г.

Клинические рекомендации РГА

Лечение больных с синдромом раздражённого кишечника 2016 г.

...по данным отдельных исследований назначение некоторых спазмолитиков (например, **мебеверина**), наряду с уменьшением боли в животе приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов с различными вариантами СРК.

...Также **мебеверин** обладает высоким профилем безопасности и хорошо переносится при длительном применении.



Здоровье –
это когда у вас каждый
день болит в другом
месте

Ф.Г. Раневская