

УДК [616.33-002-02.579]-092

Хронический гастрит и функциональная диспепсия: есть ли выход из тупика?

(Размышления, навеянные Римскими критериями III)

А.А. Шептулин

(Кафедра пропедевтики внутренних болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова)

- Как у вас в поликлинике обстоят дела с больными функциональной диспепсией?
 - Хорошо. Но у нас это больные хроническим гастритом.
- (Из разговора с практикующими врачами)

Chronic gastritis and functional dyspepsia: is there an exit out of the dead spot? (reflections, blown together by Rome criteria III)

A.A. Sheptulin

Цель публикации. Показать противоречиво освещаемые вопросы соотношения понятий «хронический гастрит» (ХГ) и «функциональная диспепсия» (ФД).

Основные положения. Несмотря на то что у большинства больных ФД отмечается картина сопутствующего ХГ, зарубежные врачи в клинической практике этот диагноз не используют. Напротив, российские врачи предпочитают в таких случаях ставить диагноз ХГ. Наиболее оправданной представляется комбинация указанных диагнозов, которая позволяет оценить выраженность морфологических изменений слизистой оболочки желудка, установить основные патофизиологические механизмы возникновения симптомов диспепсии, определить оптимальную тактику лечения.

Заключение. Проблема взаимоотношений между ФД и ХГ носит дискуссионный характер и заслуживает широкого обсуждения.

Ключевые слова: хронический гастрит, функциональная диспепсия, Римские критерии.

The aim of publication. To demonstrate contradictory issues of interrelation of «chronic gastritis» (CG) and «functional dyspepsia» (FD) concepts.

Original positions. Notwithstanding what at the majority of FD patients have the signs of concomitant CG, foreign doctors do not use this diagnosis in clinical practice. On the contrary, in such cases the Russian doctors prefer to diagnose CG. Combination of specified diagnoses is most justified, which allows to estimate severity of morphological changes of mucosa of the stomach, to establish basic pathophysiological mechanisms of development of dyspeptic complaints, to determine optimal management approach.

Conclusion. The problem of mutual relations between FD and CG has debatable character and deserves wide discussion.

Key words: chronic gastritis, functional dyspepsia, Rome criteria.

Шептулин Аркадий Александрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава. Контактная информация для переписки: arkalshep@gmail.com; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1. Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава

Приведенная выдержка из диалога с врачами-терапевтами — а именно к ним первоначально попадает основная часть больных *функциональной диспепсией* (ФД) — показывает, с какими трудностями вот уже на протяжении двух десятилетий прокладывает путь к умам практикующих врачей концепция о функциональных расстройствах желудка и двенадцатиперстной кишки.

Не секрет, что понятие «*хронический гастрит*» (ХГ) в конце прошлого века исчезло в зарубежной гастроэнтерологии как клинический диагноз. Едва ли кому удастся найти за последние 20–30 лет хотя бы одну работу, опубликованную в зарубежных журналах (за исключением японских), которая была посвящена оценке клинических симптомов ХГ. Этим диагнозом за рубежом оперируют сейчас только морфологи, характеризуя выраженность и прогрессирование структурных изменений слизистой оболочки желудка (в контексте инфекции *H. pylori*). Если же говорить о клиницистах-гастроэнтерологах, то они в своих работах применяют в аналогичных ситуациях термин «функциональная диспепсия», несмотря на наличие у таких пациентов эндоскопически и гистологически подтвержденных признаков ХГ.

Обратная картина сложилась в нашей стране. Российские врачи стационаров и поликлиник термин «функциональная диспепсия» почти никогда не используют, и диагноз «хронический гастрит» остается в терапевтической и гастроэнтерологической практике одним из наиболее популярных.

Легче всего было бы обвинить отечественных врачей в нежелании активно воспринимать новые веяния современной гастроэнтерологической науки. Однако глубокий анализ показывает, что не все обстоит так просто и что в данной проблеме скрыт целый ряд подводных камней. Действительно, при замене клинического диагноза «хронический гастрит» диагнозом «функциональная диспепсия» у врача сразу возникает несколько принципиальных вопросов. «Что, диагноз ХГ исчез?», «А если нет, то тогда кто его больному будет ставить?». «Если ставить диагноз ХГ вместе с диагнозом ФД, то какая же это функциональная диспепсия при наличии органических изменений слизистой оболочки желудка?». «Если ставить диагноз «функциональная диспепсия», то как его шифровать в соответствии с МКБ-10, где такого диагноза нет (вместо него приводятся неконкретизируемые рубрики K30 «Диспепсия» и K31 «Функциональное расстройство желудка»), зато есть диагноз «хронический гастрит» (шифр K29)?» [2].

Этот перечень вопросов при желании можно бы продолжить. Но главное здесь заключается в том, что найти на них ответы вдумчивому врачу будет не так просто. Отечественные публикации по проблеме ФД носят преимущественно обзорный

характер и более или менее подробно пересказывают Римские критерии, обновляющиеся с завидной регулярностью и в подавляющем большинстве случаев (за исключением работ Я.С. Циммермана) [4] не содержат критических оценок, хотя упомянутые критерии не являются идеальными и их недостатки видны невооруженным глазом.

Из чего исходили авторы Римских критериев I (1988), вводя вместо привычного тогда диагноза «хронический гастрит» диагноз «функциональная диспепсия» [9]? Из того, что *хронические воспалительные изменения слизистой оболочки желудка сами по себе не являются* — вопреки давно устоявшемуся мнению — *причиной возникновения диспептических расстройств*. Опираясь на этот вывод, позже подтвержденный ставшими уже хрестоматийными исследованиями N.J. Talley [10], известный немецкий гастроэнтеролог M. Classen метко назвал диагноз ХГ «мальчиком для битья» («Prügelknabe»), имея в виду, что этот распространенный *клинический диагноз* автоматически ставится во всех тех случаях, когда врач не может объяснить происхождение у больного диспептических симптомов [6].

Хотя ХГ и обнаруживается у большинства больных ФД, он столь же часто выявляется у лиц, не предъявляющих никаких жалоб, а уменьшение активности процесса после проведения эрадикации *H. pylori* лишь в незначительном проценте наблюдений приводит к исчезновению симптомов диспепсии [7]. Не случайно поэтому современные классификации хронического гастрита («Сиднейская», 1990; «Хьюстонская», 1994) не содержат оценку клинических проявлений.

В 1998 г. в ходе крупного международного симпозиума, проходившего в Риме и посвященного принятию очередных Римских критериев II функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, автору этих строк удалось пообщаться с основоположником современной концепции о функциональных гастроэнтерологических заболеваниях американским профессором Д.А. Дроссманом (D.A. Drossman), который, выслушав о положении дел, касающихся понимания вопросов соотношения ХГ и ФД российскими врачами, заметил, что в 70-х годах подобная ситуация наблюдалась и в западных странах и что замена клинического диагноза ХГ диагнозом ФД была направлена именно на то, чтобы убедить практикующих врачей в непричастности хронических воспалительных изменений слизистой оболочки желудка к возникновению диспептических жалоб.

Правомерность такой замены вряд ли можно признать безоговорочно. Введение вместо диагноза ХГ диагноза ФД имеет, на наш взгляд, как плюсы, так и минусы. К положительным сторонам можно отнести правильное понимание природы диспептических жалоб, возникающих у пациентов с ХГ, что, безусловно, способствует

оптимизации проводимого лечения и улучшению его результатов. К отрицательным — отказ от проведения гастроскопии при отсутствии «симптомов тревоги», хотя хорошо известно, что указанные симптомы далеко не всегда присутствуют у больных с серьезными, в том числе с опухолевыми, поражениями желудка. При этом гастродуоденоскопия заменяется тестированием на инфекцию *H. pylori* с последующим автоматическим (т. е. без уточнения характера заболевания) проведением в случае положительного результата эрадикационной терапии (концепция «test and treat»). При таком прямолинейном подходе можно было смело ставить крест на своевременном выявлении предопухолевых изменений слизистой оболочки желудка (атрофии, дисплазии), а врач превращался в фельдшера из известного советского фильма 60-х годов «Коллеги», который на вопрос «Как же Вы лечите?» отвечал: «Так и лечу: от головы назначаю пирамидон, от живота — бесалол».

Что дает врачу и больному диагноз «хронический гастрит»? Он позволяет охарактеризовать морфологические изменения слизистой оболочки, помогает своевременно выявить процессы атрофии и оценить ее распространенность, обнаружить дисплазию эпителиальных клеток. Таким образом, благодаря этому диагнозу удается получить представления о наличии или отсутствии предраковых изменений слизистой оболочки, определить показания к проведению эрадикации, включить пациента в ту или иную группу диспансерного наблюдения. Было показано, что проведение эрадикационной терапии больным с выявленным мультифокальным атрофическим гастритом способствует значительному снижению риска развития у них в последующие годы злокачественных новообразований.

Широкое внедрение в последние годы в клиническую практику тест-системы «Гастропанель», позволяющей осуществлять неинвазивную диагностику атрофических процессов в слизистой оболочке желудка с целью отбора больных для последующего более углубленного обследования с использованием эндоскопии и гистологического исследования биоптатов [3], свидетельствует о поспешности отказа клиницистов от диагноза хронического гастрита в пользу функциональной диспепсии и возвращении этого «блудного сына» в лоно клинической гастроэнтерологии.

Чего не дает больному диагноз «хронический гастрит»? Во-первых, данный диагноз не несет никакой информации о наличии у больного каких-либо жалоб (в большинстве случаев ХГ протекает бессимптомно). Попытка выйти из положения с помощью формулировки «ХГ в стадии обострения» (при наличии симптомов диспепсии) или «ХГ в стадии ремиссии» (при их отсутствии) не решает проблему, поскольку обострение и ремиссия ХГ — это понятия сугубо морфологи-

ческие и не коррелируют с наличием или отсутствием клинических симптомов (можно иметь ХГ с выраженной морфологической активностью и отсутствием каких-либо клинических симптомов и, наоборот, гистологически неактивный поверхностный ХГ — с выраженными диспептическими жалобами). *Во-вторых, диагноз ХГ не может объяснить механизм возникновения имеющихся у больного симптомов диспепсии* и соответственно *определить выбор лекарственных препаратов, помогающих их устранению* (напомним опять же, что проведение эрадикационной терапии, способствующее стиханию явлений обострения ХГ, обычно не сопровождается купированием клинических симптомов диспепсии). **Указанные пробелы призван был восполнить диагноз функциональной диспепсии.**

Как известно, в Римских критериях I синдром диспепсии определен как симптомокомплекс, включающий в себя боли и дискомфорт (чувство тяжести и переполнения в подложечной области), раннее насыщение, тошноту, отрыжку, изжогу [9]. Этими же критериями предусмотрено разделение всех случаев диспепсии на органическую (у пациентов с язвенной болезнью, опухолями желудка, сахарным диабетом и т. д.) и функциональную (неязвенную), включающую в том числе симптомы диспепсии у больных ХГ, а также выделение двух вариантов ФД — язвенноподобный (с преобладанием болей) и дискинетический (с преобладанием тошноты, отрыжки, чувства раннего насыщения, тяжести и переполнения в подложечной области после еды).

В Римские критерии II синдрома ФД (1998) внесены некоторые дополнения и уточнения [11]. Было подчеркнуто, что боли при ФД должны локализоваться строго в эпигастрии и не должны быть связаны с нарушениями функции кишечника. Необходимая продолжительность симптомов диспепсии определена как 12 недель (минимально) на протяжении последних 12 месяцев. Изжога изъята из круга клинических проявлений синдрома диспепсии и включена в спектр симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а термин «функциональная диспепсия» был признан более предпочтительным, чем термин «неязвенная диспепсия». Однако проведение эндоскопического исследования было вновь рекомендовано лишь пациентам, у которых симптомы диспепсии возникли в пожилом возрасте или же имеются «симптомы тревоги» (дисфагия, анемия, признаки кровотечения и т. д.). В то же время подчеркивалось, что «эндоскопическое исследование верхних отделов у больных, отмечающих симптомы диспепсии в отсутствии кислотосупрессивной терапии, имеет существенное значение для точной постановки диагноза функциональной диспепсии путем исключения других серьезных органических заболеваний».

Что дает практикующему врачу диагноз ФД и выделение ее основных клинических вариантов?

Прежде всего — понимание механизмов возникновения диспептических расстройств. Исследования, проведенные в клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ММА им. И.М. Сеченова под руководством академика РАМН В.Т. Ивашкина, показали, что существует четкая корреляция между наличием язвенноподобного варианта ФД и низкими показателями интрадуоденального pH, приближающимися к таковым при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, тогда как обнаружение дискинетического варианта ФД коррелировало с высокими значениями интрагастрального pH, связанными с эпизодами дуоденогастрального рефлюкса. Выявленные патогенетические различия при язвенноподобном и дискинетическом вариантах ФД определяют и разные подходы к лечению таких больных: в первом случае предпочтение должно отдаваться ингибиторам протонной помпы, во втором — препаратам, нормализующим двигательную функцию желудка [1].

В 2006 г. Римские критерии функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта второго пересмотра без особого объяснения причин вновь подверглись корректировке и были опубликованы в виде Римских критериев III [8]. Изменения коснулись и раздела, посвященного функциональной диспепсии. Из определения диспепсии исчез термин «дискомфорт» и изъяты такие симптомы, как тошнота и отрыжка (они были выделены в отдельные рубрики функциональных расстройств). По существу, в «корзине» диспептических расстройств остались только 3 симптома: чувство переполнения в эпигастрии после еды, раннее насыщение и боли или жжение в подложечной области. Определена новая продолжительность клинических симптомов, одинаковая, к слову сказать, для всех функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (3 последних месяца на протяжении 6 месяцев). Наконец, были изменены названия клинических вариантов: вместо язвенноподобного варианта ФД введен термин «синдром боли в эпигастрии» (непостоянные боли в эпигастрии, «голодные» или связанные с приемом пищи, возникающие не реже 1 раза в неделю), а вместо дискинетического варианта — термин «постпрандиальный дистресс-синдром» (чувство переполнения в подложечной области и раннее насыщение, возникающие по меньшей мере несколько раз в неделю).

Оценивая значимость изменений, внесенных в Римские критерии ФД, необходимо отметить, что большинство из них слабо аргументированы, не являются принципиальными и нередко носят характер «изменений ради изменений», усложняя проблему ФД вместо того чтобы делать ее более ясной.

Можно согласиться с изъятием термина «дискомфорт» из определения ФД, поскольку каждый больной (да и врач тоже) понимает этот симптом по-своему. Выделение в самостоятельные рубрики таких симптомов, как тошнота, рвота и отрыжка («синдром хронической идиопатической тошноты», «синдром функциональной рвоты», «синдром неспецифической чрезмерной отрыжки») под предлогом, что они имеют «центральную» (т. е., говоря более понятным языком, психогенную) обусловленность, дает основание задать вопрос: «А разве другие симптомы ФД (чувство переполнения, раннее насыщение) не могут иметь психогенную обусловленность?». Далее: поскольку авторы новых Римских критериев, тем не менее, пишут о возможности сочетания ФД с такими симптомами, как тошнота, рвота и отрыжка, то вместо прежней достаточно простой формулировки диагноза у больного с жалобами на чувство переполнения в эпигастрии после еды, тошноту и отрыжку («Функциональная диспепсия, дискинетический вариант») мы в соответствии с новыми рекомендациями получим следующее нагромождение: «Синдром функциональной диспепсии, постпрандиальный дистресс-синдром. Синдром хронической идиопатической тошноты. Синдром неспецифической чрезмерной отрыжки».

Ничем не обосновывается выбор новой продолжительности жалоб, необходимой для постановки диагноза ФД (3 месяца на протяжении последних 6 месяцев) вместо прежних 12 недель на протяжении 12 месяцев. Новый термин «постпрандиальный дистресс-синдром» является не только вычурным по форме, но и неудачным по существу. Термин «distress» означает по-английски «тяжелое недомогание, страдание» (сравните: «респираторный дистресс-синдром») [5]. Спросим себя: какое такое тяжелое страдание после еды испытывают пациенты с ФД?

Если говорить о принципиальных вопросах взаимосвязи ФД и ХГ, то им в Римских критериях III посвящена лишь одна дежурная фраза, что отмечающиеся у ряда больных ФД изменения, «имеющие неопределенную клиническую значимость (например, гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*), не объясняют происхождение симптомов диспепсии».

Итак, сложилась ситуация, когда ХГ и ФД, которые вместе должны составлять по существу единое целое (отражая в первом случае — морфологические, а во втором — клинические признаки), оказались, образно выражаясь, идущими по разным сторонам улицы, да еще и в противоположном направлении.

Какой может быть выход из сложившейся ситуации? Очевидно, что было бы ошибкой отрывать синдром ФД от ХГ и врач, проводящий обследование больного с этим синдромом, обязан обратить внимание на морфологические измене-

ния слизистой оболочки, оценить возможность их дальнейшего прогрессирования и прогнозировать риск развития рака желудка. С другой стороны, мы не можем согласиться с точкой зрения глущоуважаемого профессора Я.С. Циммермана [4], который предлагает рассматривать хронический гастрит и ФД как совершенно разные заболевания. Наверное, легче выиграть миллион в лотерею, нежели найти эндоскопическое заключение (а тем более гистологическое), в котором при наличии у больного диспептических жалоб было бы написано: «нормальная слизистая оболочка желудка». В таком случае вступало бы в силу замечание врачей, взятое в качестве эпиграфа статьи.

На наш взгляд, ХГ, обнаруженный у больного, и клинический симптомокомплекс, свойственный ФД, должны комбинироваться в одном диагнозе и шифроваться в МКБ-10 как в рубрике «хронический гастрит», так и в рубрике «функциональное расстройство желудка», как бы это ни казалось нелогичным, на первый взгляд. Дабы термин «функциональный» не вступал в противоречие с выявленными структурными изменениями

слизистой оболочки, его можно было бы оставить в кавычках (например: «Хронический поверхностный антральный гастрит, ассоциированный с инфекцией *H. pylori*. Катаральный дуоденит. Язвенноподобный (болево́й) вариант «функциональной диспепсии»). По такому пути комбинации двух заболеваний пошли, в частности, в Японии — стране, где отмечается наиболее высокая частота рака желудка.

В этой статье, носящей, бесспорно, дискуссионный характер, автор выражает лишь свою точку зрения, никоим образом не претендуя на истину в последней инстанции. Цель ее написания состояла в другом — стремлении привлечь внимание врачей, в первую очередь гастроэнтерологов, к острым вопросам взаимоотношений, существующих между хроническим гастритом и функциональной диспепсией. На наш взгляд, было бы очень полезным обсудить заинтересованными лицами эту проблему на страницах «Российского журнала гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» в рамках «Круглого стола».

Список литературы

1. Картавенко И.М., Лапина Т.Л., Коньков М.Ю. и др. Морфофункциональная оценка двенадцатиперстной кишки у больных с функциональной диспепсией // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2008. — Т. 18, № 5. — С. 23–32.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). — М., 1995. — Т. 1. — С. 579–580.
3. Пюреева К.В., Лапина Т.Л., Ивашкин В.Л. и др. Значение сывороточных показателей пепсиногена I, пепсиногена II и гастрин-17 в диагностике атрофического гастрита // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2005. — Т. 15, № 3. — С. 48–51.
4. Циммерман Я.С. Актуальные проблемы клинической гастроэнтерологии. Клинические очерки. — Пермь, 2008. — С. 78–95.
5. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Под ред. Б.В. Петровского. — 1982. — Т. 1. — С. 358.
6. Classen M. Endoskopie des oberen Verdauungstraktes // Perspektiven der Gastroenterologie / Fakten, Entwicklungen, Erwartungen. — München—Wien—Baltimore. — 1994, S. 9–14.
7. McQuaid K. Dyspepsia // Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease / Eds. M. Feldman et al. — 6th ed. — Philadelphia—London—Toronto—Montreal—Sydney—Tokyo, 1998. — P. 105–117.
8. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1466–1479.
9. Talley N.J. and the working team for functional gastroduodenal disorders. Functional gastroduodenal disorders // The Functional gastrointestinal disorders. — Boston—New York—Toronto—London, 1994. — P. 71–113.
10. Talley N.J., Janssens L., Lauritsen K. et al. Eradication of *Helicobacter pylori* in functional dyspepsia: randomised double blind placebo controlled trial with 12 month follow up // BMJ. — 1999. — Vol. 318. — P. 833–837.
11. Talley N.J., Stanghellini V., Heading R.C. et al. Functional gastroduodenal disorders — Rome II: A multinational consensus Document on functional gastrointestinal disorders // Gut. — 1999. — Vol. 45 (suppl. 11). — P. 1137–1142.