

Doi: 10.52341/20738080_2025_134_1_25

РЕДКИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ**СЕРКОВА М. Ю.,**

к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии имени С.М. Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, serkova.margarita@yandex.ru

**АВАЛУЕВА Е. В.,**

д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии имени С.М. Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, avalueva@mail.ru

**БАКУЛИН И. Г.,**

д.м.н., профессор, главный внештатный специалист-терапевт Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Ленинградской области, декан лечебного факультета, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии имени С.М. Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, полковник мед. службы в запасе, igbakulin@yandex.ru

В настоящее время функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта рассматриваются как наиболее распространенная патология в гастроэнтерологии. Цель данной публикации – изучить этиологию, патогенез, клинические проявления, дифференциальную диагностику редко встречающихся, недостаточно изученных функциональных гастроинтестинальных расстройств.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, функциональные гастроинтестинальные расстройства.

RARE FUNCTIONAL GASTRODUODENAL DISORDERS: FROM THEORY TO PRACTICE

Serkova M., Avalueva E., Bakulin I.

Nowadays functional disorders of the gastrointestinal tract are considered as the most common gastroenterological pathology. The paper aims to study etiology, pathogenesis, clinical signs and differential diagnosis of rare and insufficiently studied functional gastrointestinal disorders.

Key words: functional dyspepsia, functional gastrointestinal disorders.

Введение

В «Римских критериях IV» (Римские критерии IV-го пересмотра – согласительный консенсус, созданный в ходе работы международной группы экспертов, объединившей как исследователей, так и практикующих специалистов в области гастроэнтерологии) функциональные гастроинтестинальные расстройства вынесены в отдельный раздел. Аэрофагия, чрезмерная неспецифическая отрыжка, расстройства, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, в том числе синдром циклической рвоты, каннабиноидиндуцированный рвотный синдром и синдром руминации у взрослых ранее не были отдельно классифицированы и сегодня требуют особого подхода клиницистов к вопросам дифференциальной диагностики. Для больных с различными формами функциональных гастроинтестинальных расстройств характер-

ны свои особенности патогенеза с преобладанием того или иного фактора в развитии заболевания, поэтому целью данного обзора стала дифференциальная диагностика редко встречающихся, недостаточно изученных функциональных гастроинтестинальных расстройств.

Функциональная диспепсия

Функциональная диспепсия (ФД) является широко распространенной патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). До 40% всех случаев, с которыми сталкиваются клиницисты, приходится на долю функциональной диспепсии [1, 2]. В Римских критериях IV-го пересмотра приведены отсутствовавшие в прежних критериях нозологические единицы, в основе которых находятся анатомическая локализация и патофизиологические факторы функциональных гастродуоденальных расстройств (ФГИР) [3, 4]. Основой некоторых нозологий, например, употребление наркотических веществ, является этиологический фактор.

Классификация ФГИР больше основана на оценке симптомов, чем на физиологических критериях [2, 5] (см. табл.).

Понятие и критерии функциональной диспепсии широко освещены в литературе. Рассмотрим ФГИР, которые редко попадают в поле зрения клинициста.

В2. К расстройству отрыгивания

относят чрезмерную супрагастральную отрыжку (В2а) и чрезмерную желудочную отрыжку (В2в). Отрыжка (эруктация) представляет собой слышимое отхождение воздуха из пищевода в ротоглотку и далее наружу. Различают два вида отрыжек: *желудочные и наджелудочные (супрагастральные)*.

В2а. Чрезмерная супрагастральная отрыжка

Наджелудочные отрыжки не являются рефлекторными, а рассматриваются как

следствие особенностей поведения. При этом воздух происходит не из желудка, а из пищевода. Сокращения диафрагмы создают отрицательное давление в грудной полости и пищеводе с последующей релаксацией верхнего пищеводного сфинктера, сопровождающейся обратным всасыванием воздуха в пищевод. Этот воздух при произвольном напряжении мышц основания языка и глотки немедленно возвращается в фарингеальном направлении и выходит наружу.

В2в. Чрезмерная желудочная отрыжка

Желудочные отрыжки – это отхождение проглоченного внутрижелудочного воздуха, поступающего в пищевод во время преходящей спонтанной релаксации нижнего пищеводного сфинктера, которая, в свою очередь, стимулируется растяжением проксимального отдела желудка и выступает как механизм декомпрессии, позволяющий заглатываемому воздуху выходить из желудка, а не проходить дальше через привратник в тонкую кишку. Поэтому спонтанная релаксация нижнего пищеводного сфинктера сейчас рассматривается как рефлекторный процесс, при котором возвращающийся в пищевод воздух приводит к растяжению пищевода, что, в свою очередь, способствует расслаблению верхнего пищеводного сфинктера и выходу воздуха через ротоглотку.

Желудочные отрыжки, возникающие обычно 25–30 раз в день, рассматриваются как физиологические. Они являются непроизвольными и рефлекторными [6].

Эпидемиология

Частые отрыжки отмечаются не менее чем у 80% больных с функциональной диспепсией, у которых заглатывание воздуха также повышено. Кроме того, частые отрыжки могут наблюдаться и при органической патологии, вызывающей абдоминальную боль и дискомфорт (пептические язвы, панкреатиты, стенокардия, желчнокаменная

Классификация функциональных гастродуоденальных расстройств (Римские критерии IV)

Гастродуоденальные расстройства (В)	Функциональная диспепсия В1	Постпрандиальный дистресс-синдром В1а
		Эпигастральный болевой синдром В1в
	Расстройства отрыгивания В2	Чрезмерная супрагастральная отрыжка В2а
		Чрезмерная желудочная отрыжка В2в
	Тошнотные и рвотные расстройства В3	Синдром хронической тошноты и рвоты В3а
		Циклический рвотный синдром В3в
Синдром чрезмерной каннабиоидной рвоты В3с		
		Руминационный синдром В4

болезнь), однако в таких случаях доминируют другие симптомы. Отрыжка относится к числу частых симптомов у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), следующих сразу за изжогой и регургитацией. Поскольку пациенты с ГЭРБ чаще и больше заглатывают воздух, чем здоровые, большая часть отрыжек при ГЭРБ является желудочной, хотя наджелудочные отрыжки также могут иметь место.

До сих пор причины наджелудочных отрыжек и соответствующего поведения больных не совсем ясны. Некоторые пациенты отмечают, что они первоначально специально прибегали к отрыжкам с целью облегчения чувства вздутия живота и абдоминального дискомфорта, однако со временем перестали контролировать это состояние.

Методы дифференциальной диагностики:

сбор анамнеза, проведение пищеводного импеданс-мониторинга или пищеводной манометрии высокого разрешения, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

Диагностические критерии

Это отсутствие органической патологии по данным инструментальных и лабораторных методов исследования. Повторяющаяся отрыжка должна возникать по меньшей мере несколько раз в неделю и наблюдаться в течение 3 мес. при начале симптомов за полгода до установления диагноза [6].

Клиническая картина

Некоторые пациенты обращаются за консультацией только по поводу эпизодов частых неконтролируемых отрыжек, которые нередко возникают с частотой 15–20 раз в течение 1 мин. прямо во время осмотра. Практически всегда в таких случаях отрыжки являются наджелудочными, они часто сопровождаются тревожными расстройствами и обычно усиливаются во время повышенных стрессовых воздействий. Чрезмерные отрыжки также могут возникать при обсессивно-компульсивных расстройствах, булимии, энцефалитах. У многих больных чрезмерные отрыжки исчезают во время беседы или отвлечения внимания пациента и, наоборот, усиливаются, если на них обращают внимание. Наджелудочные отрыжки никогда не возникают во время сна. Наджелудочные отрыжки обычно не сопровождаются другими диспепсическими симптомами или изжогой/регургитацией. Если они все же имеются, особенно в сочетании с наличием тревожных симптомов, это является показанием для дальнейшего дообследования.

Лечение

При выборе тактики лечения учитывается частота отрыжек, их наличие во время сна или активных действий, влияние стресса; проявления дисфагии, диспепсии, рефлюксных симптомов, признаков психических расстройств. Поскольку очень часто пациенты с

чрезмерными отрыжками ввиду специфического характера жалоб оказываются в социальной изоляции и у них снижается качество жизни, врачу очень важно воспринимать эти симптомы серьезно. Учитывая, что чрезмерные наджелудочные отрыжки являются поведенческим расстройством, в качестве альтернативы рассматривается когнитивная поведенческая терапия, ставящая своей целью убеждение больного в том, что его жалобы являются следствием расстройств поведения. В случаях, если есть подозрение на вторичный характер отрыжек вследствие психических расстройств, необходима консультация психиатра.

Имеются также данные об эффективности при этом расстройстве гипнотерапии и терапии обратной биологической связью [6, 7].

В3. Тошнотные и рвотные расстройства

«Синдром хронической тошноты и рвоты» объединил ранее существовавшие понятия «хроническая идиопатическая тошнота» и «функциональная рвота». Это связано с частым сочетанием этих двух симптомов и недостатком доказательств эффективности отдельных диагностических и лечебных подходов у больных с тошнотой и рвотой. Тошнота и рвота могут возникать независимо друг от друга, но часто рвоте предшествует тошнота, поэтому эти симптомы будут рассматриваться вместе. Рвота возникает при раздражении рвотного центра, который расположен в продолговатом мозге в непосредственной близости от центров дыхания и слюновыделения. Он координирует отдельные двигательные компоненты акта рвоты [8, 9].

Тошнота – тягостное ощущение при приближении рвоты, сопровождающееся дискомфортом в эпигастрии и разнообразными вегетативными проявлениями (чувство дурноты, слабость, потливость, головокружение).

Рвота – рефлекторный акт непроизвольного выброса кишечного и желудочного содержимого через пищевод, глотку, полость рта, носовые ходы, который происходит за счёт усиленной перистальтики антрального и пилорического отделов желудка и расслабления фундального отдела, кардии желудка и пищевода.

Эпидемиология

Синдром функциональной рвоты составляет 6% от всех функциональных расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки.

Диагностические критерии

Верификация диагноза функциональной рвоты является сложной, устанавливается только после проведения тщательного обследования пациента и включает проведение ЭГДС, рентгенологического исследования тонкой кишки, компьютерной томографии, определение содержания электроли-

тов, оценку эвакуаторной функции желудка, тщательное обследование центральной нервной системы. Следует также исключить все другие органические причины происхождения рвоты. При исключении органических причин тошноты и рвоты устанавливается диагноз функционального расстройства.

Диагностические критерии хронической идиопатической тошноты: мучительная тошнота, возникающая не реже нескольких раз в неделю; тошнота обычно не связана со рвотой; отсутствие патологических изменений при ЭГДС или метаболических нарушений, которые могли бы объяснить тошноту.

Диагностические критерии функциональной рвоты: в среднем один или более эпизодов рвоты в неделю; отсутствие критериев расстройств пищевого поведения, руминации и психических расстройств согласно Руководству по диагностике и статистике психических расстройств (DSM IV); отсутствие самостоятельно вызванной рвоты, хронического приема каннабиноидов, заболеваний центральной нервной системы или метаболических заболеваний, которые бы могли объяснить повторяющуюся рвоту.

Во всех случаях функциональные тошнота и рвота должны наблюдаться в течение 3 мес. при начале симптомов за полгода до установления диагноза [9].

Лечение

В лечении рвоты на первый план выходит предотвращение развития осложнений. При неукротимой рвоте парентерально вводят препараты центрального действия. Проводят коррекцию электролитных нарушений. Дальнейшие терапевтические мероприятия направлены на устранение причины тошноты и рвоты. Антихолинергические препараты назначают при тошноте, связанной с нарушением моторики пищеварительного тракта. Для устранения выраженных тошноты и рвоты назначают селективные антагонисты дофамина.

ВЗб. Циклический рвотный синдром

Он характеризуется эпизодами тяжелых приступов рвоты, которые не имеют никакой очевидной причины. Эти эпизоды могут длиться в течение нескольких часов или даже дней и чередуются с относительно бессимптомными периодами времени. Похож на предыдущие: как правило, каждый эпизод начинается в одно и то же время суток, имеет одинаковую продолжительность и уровень интенсивности. Факторами риска синдрома циклической рвоты считают нарушения центральной регуляции в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, мигрень, гормональные изменения организма. Патогенез синдрома циклической рвоты – многофакторный, с участием генетических, вегетативных, центральных и экологических факторов.

Эпидемиология

Распространенность – 3:100000 населения. Женщины страдают чаще чем мужчины (соотношение 57:43). Синдром обычно развивается в детстве, как правило, в возрасте от 3 до 7 лет (согласно статистике, 2% детей школьного возраста страдают синдромом циклической рвоты), иногда развивается в подростковом возрасте и у взрослых [9].

Клиническая картина

Циклический рвотный синдром характеризуется повторяющимися приступами интенсивной тошноты и рвоты. Эпизоды могут длиться в течение нескольких часов или дней и чередуются с относительно бессимптомными периодами. Некоторые пациенты замечают предвестники перед началом приступа, а именно: продром, интенсивные тошноту и бледность, повышенную чувствительность к свету, запаху и звуку, повышенное давление и температуру, боль в мышцах и усталость, ощущение жгучей боли вдоль позвоночника, в руках и ногах. Большинство больных могут определить триггеры, которые спровоцировали приступ циклической рвоты. Приступы рвоты и тошноты могут возникать от 6 до 12 раз в час, эпизод может длиться от нескольких часов до 3 недель, а в некоторых случаях – месяцев. К дополнительным характеристикам синдрома циклической рвоты также можно отнести боли в области живота, рвоту с желчью, головные боли и приступы мигрени, неприятные ощущения при движениях, гиперестезию к свету и шуму, лихорадку, бледность кожных покровов [9].

Диагностические критерии

К диагностическим критериям относятся интенсивные приступы рвоты и тошноты чаще 3 раз в неделю; наличие бессимптомных промежутков или интервалов со слабыми симптомами длительностью от 1 недели до нескольких месяцев, повторяющихся периодов (разной продолжительности) с интенсивной/острой тошнотой с или без рвоты, с или без сильной боли, с временным ослаблением симптомов и последующим постепенным усилением признаков синдрома циклической рвоты, пока они не достигнут максимума (пик интенсивности). Диагностическими критериями является продолжительность симптомов не менее 3 последних месяцев, при этом первые проявления должны возникнуть не ранее чем за 6 мес. до постановки диагноза. Важным критерием является отсутствие этиологического фактора рвоты по данным лабораторных и инструментальных методов исследования (исключены метаболические расстройства, заболевания ЖКТ и ЦНС).

Лечение

Не существует никакого этиотропного лечения синдрома циклической рвоты, поэтому терапия фокусируется на подавлении

симптомов обострений и профилактики рецидивов. С этой целью назначают противорвотные препараты, седативные препараты, антацидные средства, антидепрессанты и др. Иногда выраженный эффект при приступе синдрома циклической рвоты может быть достигнут приемом тех же препаратов, которыми принято лечить мигрень. Особенно показаны противомигренозные препараты людям с частыми рецидивами синдрома циклической рвоты. Выявление главных триггеров приступов синдрома циклической рвоты у конкретного пациента является одной из главных задач терапии, поскольку снижение их воздействия способно резко снизить или даже прекратить рецидивы синдрома циклической рвоты. Некоторые изменения образа жизни могут способствовать облегчению течения синдрома циклической рвоты. Прежде всего необходимо нормализовать сон – он должен быть спокойным, комфортным и достаточным. Это полезно не только как профилактическая мера, но и во время начавшегося приступа: больной должен оставаться в темной тихой комнате и как можно больше спать. Если приступы рвоты провоцируются стрессом или волнением, то во время бессимптомного интервала следует избегать стрессов. Рекомендуется уменьшить объем пищи за один прием при увеличении частоты приемов пищи. Когда период повторных рвот закончится, очень важно восполнить потерю электролитов (пероральные регидратационные препараты). В некоторых случаях следует в первые дни соблюдать щадящую диету, постепенно и осторожно расширяя рацион питания.

В3с. Синдром чрезмерной каннабиноидной рвоты

Синдром чрезмерной каннабиноидной рвоты (синдром каннабиноидного гиперемезиса) характеризуется хроническим, интенсивным использованием каннабиса (конопли, марихуана), повторяющимися эпизодами сильной тошноты и неукротимой рвоты, абдоминальным болевым синдромом [10].

Эпидемиология

Этот синдром возникает у 1% пациентов, употребляющих разные виды конопли (каннабиса).

Клиническая картина

Характеризуется непрерывной, изнуряющей рвотой в течение нескольких часов или суток.

Диагностические критерии

Подтверждающим фактом употребления препаратов конопли является анализ мочи на содержание каннабиноидов. Каннабиноиды можно обнаружить в организме в течение 3 мес.

Лечение

Медикаментозная противорвотная терапия обладает слабым эффектом. Облегчение симптомов достигается путем принятия горячей ванны или душа [10, 11, 12].

В4. Руминационный синдром

Это состояние, характеризующееся повторяющимися, самопроизвольными регургитациями недавно съеденной пищи в ротовую полость с последующим повторным пережевыванием и проглатыванием или удалением (выплювыванием). Хотя первоначально руминация была описана у младенцев и при задержке умственного развития, сейчас она широко обнаруживается у мужчин и женщин всех возрастов и различных умственных способностей. В целом руминация чаще бывает у женщин, чем у мужчин [9].

Эпидемиология

Во взрослой общей популяции эпидемиология этого синдрома требует тщательного определения, но клинические данные создают впечатление, что это расстройство встречается редко.

Клиническая картина

Многие больные с руминационным синдромом имеют дополнительные симптомы, включая тошноту, изжогу, абдоминальный дискомфорт, диарею и/или запор. Потеря массы тела может быть характерной особенностью руминационного синдрома, в частности в подростковой популяции. Регургитационный синдром является, вероятно, недооцененным состоянием у взрослых, когда часто ошибочно диагностируются рвота в результате гастропареза или гастроэзофагеальной рефлюкс, анорексия или нейрогенная булимия. Описана ассоциация между руминацией и нейрогенной булимией, однако больные булимией не глотают повторно пищу. Кроме того, они могут сами вызывать рвоту. Психосоциологические механизмы, вовлеченные в руминационный синдром, остаются отчасти неясными, хотя считается, что в основе руминации лежит адаптация к рефлексу отрыгивания пищи, что приводит к преодолению сопротивления нижнего пищеводного сфинктера обратному движению пищевых масс.

Диагностические критерии

Это постоянная или периодически повторяющаяся регургитация недавно съеденной пищи в ротовую полость с последующим выплевыванием или повторным пережевыванием и проглатыванием. Регургитация обычно не вызывается тошнотой и рвотой. Она возникает спонтанно, или ей предшествует ощущение отрыжки непосредственно перед регургитацией или чувство наличия пищи в глотке. Регургитационное содержимое содержит частично различимую пищу, которая, с точки зрения пациента, имеет приятный вкус. Регургитация может начаться от произвольного быстрого сокращения прямых мышц живота; эпизод руминации обычно продолжается 1–2 часа. Остановка процесса происходит, когда регургитационное содержимое становится кислотным. Больной принимает сознательное

решение вызывать или не вызывать регургитацию, когда пища находится в ротоглотке. Выбор зависит от социальной ситуации в данный момент времени. Руминация является примером поведения в зависимости от ситуации, в которой пациент принимает пищу (дома или в общественном месте). Продолжительность симптомов не должна составлять менее 3 мес., а первые проявления должны возникнуть не ранее чем за 6 мес. до постановки диагноза.

Лечение

Объяснение характера заболевания, ободрение, бихевиоральная терапия являются в настоящее время основой лечения руминационного синдрома у подростков и взрослых с нормальным интеллектом. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) часто используются, чтобы уменьшить изжогу и защитить слизистую пищевода. Предпочтительная бихевиоральная терапия руминационного синдрома включает устранение привычки, при использовании техники диафрагмального дыхания во время ощущения появляющейся регургитации [13].

Клинический пример

Пациентка В., 29 лет, при поступлении предъявляла жалобы на тянущие боли умеренной интенсивности в эпигастральной области (без четкой связи с приемом пищи), рвоту (чаще – в утреннее время), тошноту, срыгивание желудочным содержимым в течение дня, кислый привкус во рту, вздутие живота после приема пищи, общую слабость, нарушение сна, раздражительность, снижение массы тела на 9 кг за 3 мес.

Из анамнеза: В. считает себя больной с декабря 2017 г., когда впервые возникли тошнота, регургитация желудочным содержимым. Наблюдалась амбулаторно у гастроэнтеролога по месту жительства. Проведено лечение: ИПП, спазмолитиками, препаратами висмута, ферментными препаратами, колофортом (с незначительным терапевтическим эффектом), но тошнота и регургитация желудочным содержимым сохранялись. Неоднократно обследовалась и госпитализировалась в стационары для дифференциальной диагностики абдоминального болевого синдрома: по данным лабораторных и инструментальных методов исследования (УЗИ и КТ органов брюшной полости и почек, ирригоскопия), патологии не выявлено. По данным ЭГДС – недостаточность кардии, эритематозная гастродуоденопатия. Жалобы на тошноту, перидуоденную рвоту, регургитацию желудочным содержимым сохранялись, в связи с чем пациентка В. была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова Минздрава России для уточнения диагноза и коррекции терапии.

Вредные привычки: курит с 2005 г. по 1–2 сигареты в сутки. Употребление алкогольных напитков и наркотических средств отрицает. Перенесенные заболевания: черепно-мозговая травма (ЧМТ) с переломом лобной кости, сотрясение головного мозга в 2016 г. Беременностей не было. Аллергологический анамнез, эпидемиологический анамнез – без особенностей. Наследственный анамнез не отягощен.

Дополнение к анамнезу: в 2016 г. – психотравмирующий стрессовый фактор (подверглась нападению, во время которого получила ЧМТ).

Объективные данные. Состояние удовлетворительное. Вес – 56 кг. Рост – 168 см. ИМТ – 19,8 кг/м². Кожа физиологической окраски и влажности. Тургор сохранен. ЧСС – 68 уд. в мин. Пульс – 68 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. Артериальное давление: 110/70 мм рт. ст. на обеих плечевых артериях. ЧДД – 18 в мин. Язык чистый, влажный. Живот в дыхании участвует, правильной формы, симметричный. При пальпации – мягкий, чувствительный в околопупочной области. Край печени – на уровне реберной дуги, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, 1 раз в сутки, 4-го типа по Бристольской шкале, чередуется с 5-м типом, без примесей крови и слизи.

По данным лабораторных и инструментальных методов обследования, в период настоящей госпитализации выявлено, что клинический анализ крови, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, амилаза, липаза, ЩФ, общий белок, белковые фракции, общий билирубин, прямой, непрямой билирубин, глюкоза, креатинин, газовый состав крови) в пределах референсных значений. Общий анализ мочи, диастаза мочи – без отклонений от нормы.

Копрологическое исследование: кал оформленный, мягкий, светло-коричневый. Слизь, кровь, лейкоциты не обнаружены. Йодофильная флора+, остальные показатели – в пределах нормы.

По данным инструментальных методов исследования: ЭГДС-картина поверхностной гастропатии, Нр (-). Видеоколоноскопия (ВКС) – без патологических изменений. По данным УЗИ органов брюшной полости, патологических изменений не выявлено. Пациентке выполнены дополнительные исследования: электрогастроэнтерография и внутрипищеводная рН-метрия. По результатам исследований диагностически значимых нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ не выявлено.

По поводу выраженного тревожно-депрессивного и астено-вегетативного синдромов была консультирована психиатром: поставлен диагноз «астенический синдром» и рекомендована медикаментозная терапия для коррекции психоэмоциональной сферы.

Пациентке В. был поставлен клинический диагноз: функциональная диспепсия: эпигастральный болевой синдром; синдром хронической тошноты и рвоты.

Рекомендованы: наблюдение гастроэнтеролога, психотерапевта амбулаторно; соблюдение диеты; медикаментозная терапия: спазмолитические, антацидные препараты, прокинетики курсом на 1 мес.; коррекция психоэмоциональной сферы (согласно рекомендации психиатра).

Приведенный клинический пример иллюстрирует проблемы дифференциальной диагностики и трудности ведения пациентов с функциональными гастродуоденальными расстройствами.

Заключение

В настоящее время в нашей стране диагноз «хронический гастрит» по-прежнему является клиническим диагнозом, а термин «функциональная диспепсия» практически не используется специалистами первичного звена. В то же время в мировой практике термин «хронический гастрит» является только морфологическим. Актуальными при постановке диагноза являются рекомендации комбинировать диагноз «хронический гастрит»,

выявленный при эндоскопическом исследовании, и клинический симптомокомплекс функциональной диспепсии. Функциональную диспепсию необходимо рассматривать как психосоциальное заболевание, при котором психотравмирующие и стрессовые ситуации способствуют возникновению нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки.

Почти у всех пациентов с диагнозом «функциональная диспепсия» развитию заболевания или ухудшения его течения предшествует психотравмирующий стрессовый фактор [14, 15]. По данным многочисленных исследований, у больных с функциональными гастродуоденальными расстройствами выявляется высокий уровень тревоги и депрессии, что позволяет предположить взаимосвязь психопатологических нарушений с диспепсическими симптомами и определить ФГИР как психосоматический синдром.

Лечение и ведение пациентов с функциональной диспепсией – это всегда мультидисциплинарная проблема с привлечением врачей различных специальностей, так как лечение без учета психосоматического компонента заболевания может не дать положительного терапевтического эффекта.

Литература

1. Ивашкин В.Т., Шентулин А.А. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГГК. – 2012. – 3: 80-92.
2. Шентулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра // РЖГГК. – 2016. – № 26(4). – С. 124–128.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шентулин А.А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГГК. – 2017; 27 (1): 50–61.
4. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. Функциональная диспепсия: эпидемиология, классификация, этиопатогенез, диагностика и лечение // М.: ООО «СТ-Принт». – 2015. – 40 с.
5. Оганезова И.А., Семенова Е.А., Серкова М.Ю. и др. Функциональные гастродуоденальные расстройства: учебное пособие // СПб.: Изд-во ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2019. – 30 с.
6. Ткач С.М. Ведение больных с отрыжкой, икотой и аэрофагией // Гастроэнтерология. Огляд. – № 3 (33). – 2014. – Р. 16–17.
7. Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. Современные возможности лечения функциональной диспепсии с позиций актуальных клинических рекомендаций // РМЖ. – 2017. – № 17. – С. 1232–1237.
8. Андреев Д.Н. Алгоритм лечения больных функциональной диспепсией с позиций современных клинических рекомендаций // Медицинский совет. – 2018; (3):22-25.
9. Козлова Н.М. Функциональные заболевания органов пищеварения: учебное пособие // Иркутск: ИГМУ. – 2013. – 101 с.
10. Galli J.A., Sawaya R.A., Friedenberг F.K. Cannabinoid hyperemesis syndrome // Curr Drug Abuse Rev. – 2011 Dec; 4(4): 241–249. Doi: 10.2174/1874473711104040241
11. Sullivan S. Cannabinoid hyperemesis // Can J Gastroenterol. – 2010 May; 24(5):284-5. Doi: 10.1155/2010/481940
12. Лужников Е.А. Медицинская токсикология [Электронный ресурс] / - М.: ГЭОТАР Медиа. – 2014. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429716>
13. Скворцов В.В., Потапова М.В. и др. Современные проблемы диагностики и лечения функциональной (неязвенной) диспепсии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – 126 (2). – С. 56–63.
14. Дичева Д.Т., Субботина Ю.С., Бектемирова Л.Г., Андреев Д.Н. Функциональная диспепсия: от патогенеза к терапевтическим аспектам // Медицинский совет. – 2019; 3: 18–25. Doi: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-18-25>
15. Бакулина Н.В., Оганезова И.А., Топалова Ю.Г., Бакулин И.Г. Гастрит и диспепсия: два имени одной проблемы? Отношение преобладающих симптомов к синдромальной характеристике пациента с заболеваниями верхних отделов ЖКТ: результаты опроса врачей-терапевтов // Медицинский совет. – 2021; (15):30–39. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-15-30-39>