

**В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин,
В.А.Киприанис**

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Краткое практическое руководство



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2011**

УДК 616.33-002

ББК 54.13

И24

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Ивашкин В.Т.

И24 Функциональная диспепсия: краткое практическое руководство / В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин, В.А.Киприанис. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 112 с.
ISBN 978-5-98322-716-3

В кратком практическом руководстве излагаются современные представления об эпидемиологии, этиологии и патогенезе функциональной диспепсии, обсуждается проблема соотношения функциональной диспепсии и хронического гастрита, рассматриваются вопросы диагноза и дифференциального диагноза, а также современные подходы к лечению. В практическом руководстве представлен анализ современных данных литературы по проблеме функциональной диспепсии, а также многолетний собственный опыт авторов по обследованию и лечению таких больных.

Практическое руководство предназначено для гастроэнтерологов, терапевтов, врачей общей практики, но может быть полезным и студентам медицинских институтов.

УДК 616.33-002

ББК 54.13

ISBN 978-5-98322-716-3

© Ивашкин В.Т., Шептулин А.А.,
Киприанис В.А., 2011

© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Введение	6
Глава 1. Определение функциональной диспепсии: от Римских критериев I к Римским критериям III	8
1.1. Понятие диспепсии и функциональной диспепсии ...	8
1.2. Римские критерии I	10
1.3. Римские критерии II	11
1.4. Римские критерии III	11
Глава 2. Функциональная диспепсия и хронический гастрит (с участием <i>Т.Л.Лапиной, И.М.Картавенко</i>)	16
2.1. Современные представления о хроническом гастрите	17
2.2. Соотношение между хроническим гастритом и функциональной диспепсией	20
Глава 3. Эпидемиология, этиология и патогенез функ- циональной диспепсии (с участием <i>О.З.Охлобыстиной,</i> <i>А.Р.Кудрявицкого, Н.В.Новожилова</i>)	25
3.1. Эпидемиология	25
3.2. Этиология	28
3.3. Патогенез	35
3.3.1. Нарушения секреции соляной кислоты	36
3.3.2. Нарушения двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки	37
3.3.3. Нарушения висцеральной чувствительности ..	40
3.3.4. Общая концепция патогенеза функцио- нальной диспепсии	42
Глава 4. Диагноз и дифференциальный диагноз при функциональной диспепсии	45
4.1. Диагностические рекомендации Римских критериев III (стратегия «test and treat») ...	45
4.2. Диагноз функциональной диспепсии – диагноз исключения	50

4.3. Методы исследования, применяемые в диагностике функциональной диспепсии	59
4.3.1. Лабораторные методы исследования	59
4.3.2. Инструментальные методы исследования	60
4.3.3. Диагностика инфекции <i>Helicobacter pylori</i>	66
Глава 5. Лечение функциональной диспепсии	70
5.1. Общие мероприятия	70
5.2. Антисекреторные препараты	71
5.3. Эрадикация <i>Helicobacter pylori</i>	73
5.4. Прокинетики	75
5.5. Антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и методы психотерапии	81
5.6. Другие препараты	84
5.7. Алгоритм лечения функциональной диспепсии	85
Заключение	87
Литература	89

ПРЕДИСЛОВИЕ

Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Это определяется их широкой распространенностью в популяции, слабой изученностью этиологии и патогенеза, трудностями надлежущей верификации диагноза, недостаточной эффективностью проводимой лекарственной терапии. Имеющиеся объективные сложности в освещении этих расстройств усугубляются еще и высказываемыми нередко возражениями, касающимися правомерности выделения тех или иных групп функциональных нарушений пищеварительного тракта. Если существование таких функциональных заболеваний, как дискинезии пищевода, синдром раздраженного кишечника или дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди, как правило, не подвергается сомнению, то вопросы, относящиеся к функциональной диспепсии и ее взаимоотношениям с хроническим гастритом, часто становятся предметом острых дискуссий как между морфологами и гастроэнтерологами, так и среди самих гастроэнтерологов. Трудности в понимании причин и механизмов расстройств, возникающих у больных функциональной диспепсией, испытывают и врачи общей практики, к которым в первую очередь обращаются эти пациенты.

Предлагаемая монография подготовлена сотрудниками Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко 1-го Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, занимающимися изучением различных аспектов проблемы хронического гастрита и функциональной диспепсии, и основана как на анализе публикаций, так и на результатах собственных многолетних исследований.

*Академик РАМН В.Т.Ивашкин
Профессор А.А.Шептулин*

ВВЕДЕНИЕ

Вопросам функциональной диспепсии в нашей стране в последние годы уделяется очень большое внимание. Различные аспекты этой актуальной проблемы постоянно обсуждаются в ходе ежегодных Российских гастроэнтерологических недель, детально освещаются в лекциях на сессиях Национальной школы гастроэнтерологов. Был опубликован целый ряд методических рекомендаций и учебно-методических пособий по обследованию и лечению больных функциональной диспепсией (Барановский А.Ю., Щукина О.Б., 2001; Ивашкин В.Т. и др., 2001; Пиманов С.И., 2000; Функциональная (неязвенная) диспепсия, 2004).

К сожалению, приходится констатировать, что значительная часть практических врачей (в первую очередь, врачей-терапевтов, к которым прежде всего обращаются больные функциональной диспепсией) до сих пор не приняли концепцию данного заболевания, предпочитая пользоваться в своей работе «проверенным» диагнозом «хронический гастрит». Этому способствует и точка зрения ряда отечественных гастроэнтерологов, настаивающих на необходимости четко разграничивать между собой больных хроническим гастритом и пациентов с функциональной диспепсией (Циммерман Я.С., 2008). А коль скоро хронический гастрит практически всегда обнаруживается у пациентов с функциональной диспепсией, последняя закономерно превращается в некое гипотетическое заболевание, которое существует теоретически, но отсутствует в реальной действительности («Мы знаем о функциональной диспепсии, – говорят обычно практические врачи, – но у нас нет таких больных. У нас все больные с хроническим гастритом».).

Между тем, оба приведенных выше заболевания не противостоят друг другу и могут сочетаться (а в реальной жизни – практически всегда сочетаются) у одного и того же больного. Диагноз хронического гастрита – это диагноз морфологический, не имеющий, как было многократно показано, какого-либо клинического эквивалента и протекающий чаще всего бессимптомно. При этом морфологическая ремиссия хронического гастрита, достигаемая,

например, эрадикацией *Helicobacter pylori*, не сопровождается в большинстве случаев адекватным исчезновением или уменьшением выраженности симптомов диспепсии. Диагноз функциональной диспепсии – диагноз клинический, который отражает наличие у больного определенных клинических симптомов, возникающих не в результате сопутствующих хронических воспалительных изменений слизистой оболочки желудка, а вследствие нарушений желудочной секреции, гастродуоденальной моторики, висцеральной чувствительности, нередко обусловленных нервно-психическими факторами.

Современный алгоритм диагностики функциональной диспепсии регламентирован так называемыми Римскими критериями, которые на протяжении последних 20 лет подвергались неоднократному пересмотру и в настоящее время утверждены в виде Римских критериев III. Достоинством этих критериев является то, что они нацеливают врача на поиск действительных причин возникновения диспепсических симптомов.

В то же время, упомянутые критерии не являются панацеей. Как будет показано ниже, они далеко не бесспорны, противоречивы и заслуживают всестороннего критического анализа. Но авторы указанных критериев и не претендуют на истину в последней инстанции и сами признают их несовершенство. В своей статье «Дорога к Риму», посвященной принятию Римских критериев III функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, известный гастроэнтеролог W.Thompson (2006) подчеркивал: «Римские критерии III – это еще не конец, и даже не начало конца. Лучше всего охарактеризовать их как конец начала того процесса, который будет продолжаться до тех пор, пока будут оставаться недостаточно ясными патофизиологические аспекты функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта».

ГЛАВА 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ: ОТ РИМСКИХ КРИТЕРИЕВ I К РИМСКИМ КРИТЕРИЯМ III

1.1. Понятие диспепсии и функциональной диспепсии

Термин «диспепсия» и его варианты («органическая диспепсия», «функциональная диспепсия» – ФД) недостаточно хорошо знакомы российским врачам. В тех случаях, когда во врачебной аудиторрии приходится задавать присутствующим вопросы о том, какое содержание они вкладывают в понятие «диспепсия», в ответах врачей нередко фигурируют такие термины, как «бродильная», или «гнилостная», диспепсия, а также другие формы кишечной диспепсии, упоминание о которых часто встречалось в работах 40–50-х годов прошлого столетия и которые в настоящее время исчезли из обращения как устаревшие. Что же касается термина «функциональная диспепсия», отражающего функциональное расстройство желудка и двенадцатиперстной кишки, то он до сих пор отвергается рядом авторов (прежде всего морфологами), не признающих возможность существования функциональных заболеваний вообще и требующих обязательного указания в диагнозе морфологического субстрата (Саркисов Д.С., 1998).

Следует отметить, что сходная ситуация наблюдалась в 50–60-е годы прошлого века и в зарубежных странах. Один из крупнейших гастроэнтерологов и эндоскопистов того периода L. Demling (первым в Европе сделавший операцию эндоскопической папиллосфинктеротомии) писал по этому поводу: «Если бы я в своей пробной публичной лекции для получения профессорского звания, которую мне пришлось читать в начале 50-х годов, упомянул бы считавшийся тогда ненаучным термин «синдром раздраженного желудка» (синоним термина «функциональная диспепсия». – *авт.*), то я бы с треском провалился». «Но вре-

мена меняются, – продолжал L.Demling, – а с ними меняемся мы и наши представления о вещах. В настоящее время термин «синдром раздраженного желудка... заслужил всеобщее уважение и почет подобно Золушке, героине одноименной сказки...» (Demling L., 1990). Термины «диспепсия» и «функциональная диспепсия» являются сейчас в зарубежной гастроэнтерологии одними из наиболее распространенных.

В 1968 г. синдром диспепсии был обозначен как комплекс симптомов, включающий ощущение дискомфорта и переполнения в подложечной области, возникающее после приема пищи, раннее насыщение, отрыжку, приносящую временное облегчение, срыгивание, сопровождающееся появлением кислого вкуса во рту, изжогу (Rhind J.A., Watson L., 1968). Другие определения, появившиеся позже, давали различную расшифровку синдрома диспепсии, трактуя его как «любую форму эпизодического или постоянного дискомфорта в животе, сопровождающегося и иными гастроэнтерологическими симптомами, за исключением желтухи и желудочно-кишечного кровотечения» (Crean G.P. et al., 1982), как «хронический рецидивирующий дискомфорт в подложечной области, связанный с приемом пищи» (Thompson W.G., 1984), как «периодически возникающие боли или чувство дискомфорта в подложечной области» (Lagarde S.P., Spiro H.M., 1984), как комплекс симптомов, включающих в себя «периодические или постоянные боли, а также дискомфорт в подложечной области, продолжающихся свыше 1 мес., не связанных с физической нагрузкой, не исчезающих в покое и не сопровождающихся дисфагией, желтухой или кровотечением» (Функциональная (неязвенная) диспепсия, 2004).

Современная концепция о синдроме диспепсии и его вариантах особенно активно стала разрабатываться в течение последних 20 лет. В 1988 г. в Риме в ходе Всемирного конгресса гастроэнтерологов по инициативе его участников был создан постоянно действующий Рабочий комитет (Working Team Committee) по функциональным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, который возглавил проф. D.A.Drossman (США), а в рамках этого комитета сформирована Международная рабочая группа по совершенствованию диагностических критериев функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (председатель – проф. N.J.Talley, Австралия).

Целью создания указанных Рабочего комитета и Международной рабочей группы указанным было достижение среди ученых единого понимания механизмов возникновения функциональных

расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки и разработка для практических врачей единых согласованных рекомендаций по их диагностике и лечению, получивших название Римских критериев. Кроме того, в рамках Всемирной ассоциации врачей общей практики в 1994 г. была создана Международная группа по оказанию первичной помощи больным с заболеваниями желудка (International Gastro Primary Care Group, IGPCG). Целью данной группы стало доведение до каждого врача общей практики основных установок, связанных с обследованием и лечением больных с синдромом диспепсии.

1.2. Римские критерии I

Первоначально членами упомянутого постоянно действующего Рабочего комитета синдром диспепсии (от греч. *dys* – нарушение, *peptein* – переваривать) был определен как комплекс расстройств, продолжающихся свыше 3 мес. на протяжении последнего года и включающих в себя боли или ощущение дискомфорта в эпигастриальной области, связанные или не связанные с приемом пищи, чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, срыгивание, непереносимость жирной пищи. Эти признаки были объединены в так называемые Римские критерии I (Talley N.J., 1994). В соответствии с этими критериями все заболевания, протекающие с синдромом диспепсии, были разделены на две группы. В группу *органической диспепсии* вошли такие заболевания, как язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), злокачественные опухоли, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит и др. В тех случаях, когда в процессе обследования больных указанные заболевания не выявляются или же диагностируются заболевания, не имеющие характерной клинической картины (в частности, хронический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*), было рекомендовано пользоваться термином «*функциональная диспепсия*» (син.: идиопатическая, язвенная, эссенциальная диспепсия, синдром раздраженного желудка).

В зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных диспепсических симптомов были выделены клинические варианты ФД: *язвенноподобный* (ведущим симптомом служат периодические боли в эпигастрии, часто «голодные» и ночные, проходящие после приема антацидов), *дискинетический* (преобладают тяжесть и чувство переполнения в подложечной области, раннее насыщение, тошнота, ощущение вздутия в эпигастрии и чувство дискомфорта, усиливающееся после еды),

рефлюксоподобный (на первый план в клинической картине выступают изжога и срыгивание) и *неспецифический* (жалобы больного бывает трудно однозначно отнести к какому-либо из трех предыдущих вариантов).

1.3. Римские критерии II

Римские критерии I просуществовали в гастроэнтерологии почти 10 лет. Новые данные, которые были получены в исследованиях, посвященных проблеме диспепсии и ГЭРБ, послужили основанием для разработки и утверждения Международной рабочей группой по совершенствованию диагностических критериев функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта в 1998 г. новых критериев ФД, получивших название Римских критериев II (Talley N.J. et al., 1999). По сравнению с Римскими критериями I в Римские критерии II был внесен целый ряд изменений.

Во-первых, из перечня клинических форм ФД был изъят рефлюксоподобный вариант (с этого времени его стали рассматривать как проявление ГЭРБ). Во-вторых, специально было подчеркнуто, что боли, локализованные в области правого и левого подреберья, также не могут быть отнесены к синдрому диспепсии и должны рассматриваться отдельно. Кроме того, было отмечено, что боли при ФД не должны исчезать после акта дефекации и сопровождаться изменениями частоты и консистенции стула (т.е. признаками, свойственными синдрому раздраженного кишечника – СРК). Минимальная продолжительность жалоб, необходимая для постановки диагноза ФД, была изменена с 3 мес. на 12 нед., а термин «функциональная диспепсия» был признан более предпочтительным, чем термин «неязвенная диспепсия», поскольку спектр клинических симптомов при функциональной диспепсии оказывается более широким, чем при язвенной болезни. Наконец, в Римских критериях II было дано подробное определение каждого из симптомов ФД (см. табл. 1).

По мнению авторов Римских критериев II, такая детализация способствует одинаковому пониманию практическими врачами сущности тех или иных симптомов диспепсии.

1.4. Римские критерии III

Спустя 8 лет, в 2006 г., Римские критерии II вновь были подвергнуты пересмотру и утверждены в переработанном виде как Римские критерии III (Task J. et al., 2006). Внесенные изменения коснулись, в первую очередь, перечня симптомов ФД. Из прежнего списка диспепсических симптомов был изъят «дискомфорт».

Таблица 1

Симптомы ФД согласно Римским критериям II

Симптомы	Определение
Боли, локализованные в эпигастрии по срединной линии	Боли субъективно воспринимаются как неприятные ощущения или как «повреждение тканей». Другие симптомы могут беспокоить больного, но не определяться им как боли. При расспросе пациента необходимо отличать боли от чувства дискомфорта
Дискомфорт в подложечной области по срединной линии	Субъективно неприятное ощущение, которое не интерпретируется пациентом как боли и которое при более детальной оценке может включать в себя симптомы, указанные ниже
Раннее насыщение	Чувство, что желудок переполняется сразу после начала приема пищи независимо от ее объема, в результате чего прием пищи не может быть завершен
Чувство переполнения в эпигастрии	Неприятное ощущение задержки пищи в желудке; может быть связано или не связано с приемом пищи
Вздутие в эпигастрии	Чувство распираания в подложечной области, его необходимо отличать от видимого вздутия живота
Тошнота	Ощущение дурноты и приближающейся рвоты

Целесообразность такого шага была совершенно очевидной, поскольку больные и врачи по-разному трактовали содержание этого понятия (и как вариант незначительно выраженных болевых ощущений, и как тяжесть и чувство переполнения в эпигастрии, и, наконец, как проявление любых других диспепсических жалоб).

Из комплекса симптомов ФД было также исключено вздутие в эпигастрии, так как пациенты часто путали этот симптом с метеоризмом (симптомом, относящимся к СРК). Наконец, тошнота – как симптом, имеющий в большинстве случаев центральное происхождение, – также была изъята из списка диспепсических симптомов и выделена в самостоятельную рубрику «синдром хронической идиопатической тошноты».

В соответствии с Римскими критериями III ФД включает в себя в настоящее время только 4 симптома (табл. 2).

В Римских критериях III была изменена также общая продолжительность диспепсических жалоб, необходимая для постановки диагноза ФД. Если в Римских критериях II она состав-

Таблица 2

Симптомы ФД согласно Римским критериям III

Симптомы	Определение
Боли в эпигастрии	Под эпигастрием понимается область, расположенная между мечевидным отростком грудины и пупочной областью и ограниченная справа и слева соответствующими среднеключичными линиями. Некоторые пациенты субъективно расценивают боли как чувство «повреждения тканей», другие больные могут интерпретировать свои жалобы не как боли, а как неприятные ощущения
Чувство жжения в эпигастрии	Представляет собой неприятное ощущение жара в эпигастральной области
Чувство переполнения в эпигастрии после еды	Представляет собой неприятное ощущение длительной задержки пищи в желудке
Раннее насыщение	Чувство, что желудок переполняется вскоре после начала приема пищи независимо от объема съеденной пищи, в результате чего прием пищи не может быть завершен

ляла 12 нед. (необязательно непрерывных) в течение последних 12 месяцев, то в соответствии с Римскими критериями III диагноз ФД может ставиться при наличии у больного упомянутых выше диспепсических жалоб в течение последних 3 месяцев при общей продолжительности симптомов диспепсии не менее 6 мес.

В Римских критериях III изменено название клинических вариантов ФД: язвенноподобный вариант диспепсии стал именоваться синдромом боли в эпигастрии, а дискинетический вариант – постпрандиальным дистресс-синдромом (ППДС).

Согласно этим критериям о синдроме боли в эпигастрии правомерно говорить в тех случаях, когда у больного по меньшей мере 1 раз в неделю отмечаются умеренные или выраженные боли или чувство жжения в эпигастральной области. При этом боли не носят постоянный характер, связаны с приемом пищи или возникают натощак, не локализируются в других отделах живота, не уменьшаются после дефекации и не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди. Синдром боли в эпигастрии может сочетаться с ППДС.

В свою очередь, о ППДС можно вести речь в тех ситуациях, когда у больного по меньшей мере несколько раз в неделю после еды при приеме обычного объема пищи возникают чувство пере-

полнения в эпигастрии или раннее насыщение. При этом ППДС может сочетаться с тошнотой, отрыжкой, а также синдромом боли в эпигастрии. По нашим собственным данным, частота сочетания болевого (язвенноподобного) варианта ФД и ППДС (дискинетического варианта ФД) составляет у больных ФД 30,7% (Ивашкин В.Т. и др., 2001). Еще чаще (в 80% случаев) у таких больных отмечается отрыжка (Lin M., Triadafilopoulos G., 2003).

Критически оценивая новые Римские критерии III, следует отметить, что по некоторым позициям они уступают Римским критериям II. Так, сокращение общей продолжительности диспепсических жалоб с 12 до 6 мес. (это сокращение коснулось всех функциональных расстройств ЖКТ) ничем не мотивировано. Не очень удачным выглядит замена понятного термина «дискинетический (т.е. обусловленный нарушениями моторики) вариант функциональной диспепсии» на термин «постпрандиальный дистресс-синдром». Термин «distress» означает по-английски «тяжелое недомогание, страдание» (ср.: «респираторный дистресс-синдром») (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982). Вряд ли жалобы больных с ФД, хотя они и оказывают влияние на качество жизни, можно сравнить с тем действительным страданием, которое испытывают пациенты с респираторным дистресс-синдромом, протекающим с картиной выраженной дыхательной недостаточности.

Наконец, выделение в самостоятельные рубрики таких симптомов, как тошнота, рвота и отрыжка («синдром хронической идиопатической тошноты», «синдром функциональной рвоты», «синдром неспецифической чрезмерной отрыжки») под тем предлогом, что эти симптомы обусловлены «центральными» (т.е., говоря более понятным языком, психогенными) механизмами, имеет скорее минусы, нежели плюсы. Во-первых, психогенная обусловленность может быть свойственна и другим симптомам ФД (чувству переполнения, раннему насыщению). Во-вторых, поскольку авторы новых Римских критериев III пишут о возможности нередкого сочетания ФД с такими симптомами, как тошнота, рвота и отрыжка, то вместо прежней достаточно простой формулировки диагноза у больного, предъявляющего жалобы на чувство переполнения в подложечной области после еды, тошноту и отрыжку («функциональная диспепсия, дискинетический вариант»), мы в соответствии с новыми рекомендациями получим следующее нагромождение: «Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром. Синдром хронической идиопатической тошноты. Синдром неспецифической чрезмер-

ной отрыжки». Искусственность такой формулировки диагноза становится очевидной.

Римские критерии III ФД пока еще не получили среди гастроэнтерологов должной оценки с позиций их преимуществ или недостатков. Однако первые отклики на них содержали серьезные критические замечания. Так, D.K.F.Siu и соавт., проанализировав результаты опроса 2000 человек, пришли к выводу, что частота ФД в этой группе при оценке в соответствии с Римскими критериями II составила 26%, а при анализе с позиций Римских критериев III – всего лишь 8%. Далее, было отмечено, что даже при соответствии диспепсических жалоб Римским критериям III их в большинстве случаев оказалось невозможно идентифицировать как синдром боли в эпигастрии или как ППДС. В итоге авторы пришли к заключению, что при оценке диспепсических жалоб на основании Римских критериев III выявляются только больные с тяжелым течением ФД и остаются «за бортом» пациенты с умеренно выраженными симптомами диспепсии, которые также обращаются к врачам и подвергаются эндоскопическим исследованиям.

Несмотря на наличие ряда недостатков Римских критериев III разработка принципиальной концепции функциональных расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки стала важным шагом вперед в понимании механизмов возникновения диспепсических жалоб у таких пациентов. Вместо прежних представлений о «гастритической» обусловленности диспепсических жалоб, прочно укоренившихся в сознании практических врачей, сформулированы новые положения о важной роли нарушений желудочной секреции, гастродуоденальной моторики и висцеральной чувствительности в возникновении симптомов диспепсии у таких больных. В ходе личной беседы, состоявшейся в 1988 г. в Риме после окончания симпозиума, посвященного принятию Римских критериев II, между одним из авторов этих строк и проф. D.Drossman, председательствовавшим на данном симпозиуме, проф. Drossman подчеркнул, что вся концепция ФД была, по существу, создана именно с целью убедить практических врачей в том, что диспепсические симптомы не связаны с имеющимся у пациентов хроническим гастритом. Более подробно о соотношении между ФД и хроническом гастритом речь пойдет в следующей главе.

Ивашкин Владимир Трофимович,
Шептулин Аркадий Александрович,
Киприанис Василий Алексеевич

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Краткое практическое руководство

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Корректор: *Е.В.Мышева*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, А.Ю.Кишканов*

ISBN 978-5-98322-716-3



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 10.02.11. Формат 84×108/32.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,88

Гарнитура Таймс. Тираж 2500 экз. Заказ №307

Издательство «МЕДпресс-информ».
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3

E-mail: office@med-press.ru

www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО «Типография «Новости»
105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46