

Витебский государственный медицинский университет  
Кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии

## Поликлиническая терапия. Курс 4. Тема 7.

### Болезни органов пищеварения

Функциональная диспепсия, хронический гастрит,  
пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки:  
амбулаторные аспекты диагностики и лечения.

Врачебная тактика и скорая медицинская помощь при подозрении  
на желудочно-кишечное кровотечение в амбулаторных условиях.

Хронический панкреатит: амбулаторные аспекты диагностики и лечения.  
Скорая медицинская помощь при печеночной колике в амбулаторных условиях

# Функциональная диспепсия: амбулаторные аспекты диагностики и лечения

Доцент кафедры общей  
врачебной практики  
Врач-терапевт высшей  
квалификационной категории  
ЕГОРОВ  
Константин Николаевич

Ассистент кафедры общей  
врачебной практики  
врач общей практики высшей  
квалификационной категории  
СЕРЁГИН  
Андрей Геннадьевич

Ассистент кафедры общей  
врачебной практики  
врач-гематолог первой  
квалификационной категории  
ЗУБАРЕВА  
Елена Валерьевна

Старший преподаватель  
кафедры общей  
врачебной практики  
врач общей практики  
БАРЫШЕВ  
Артём Николаевич

Функциональные расстройства  
ЖКТ как расстройства  
взаимодействия «кишечник –  
головной мозг»

Функциональная диспепсия

Определение

Клинические и диагностические  
критерии

Диагностика

Классификация

Формулировка диагноза

Лечение

Диспансеризация

Экспертиза временной  
нетрудоспособности

Профилактика

# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник — головной мозг

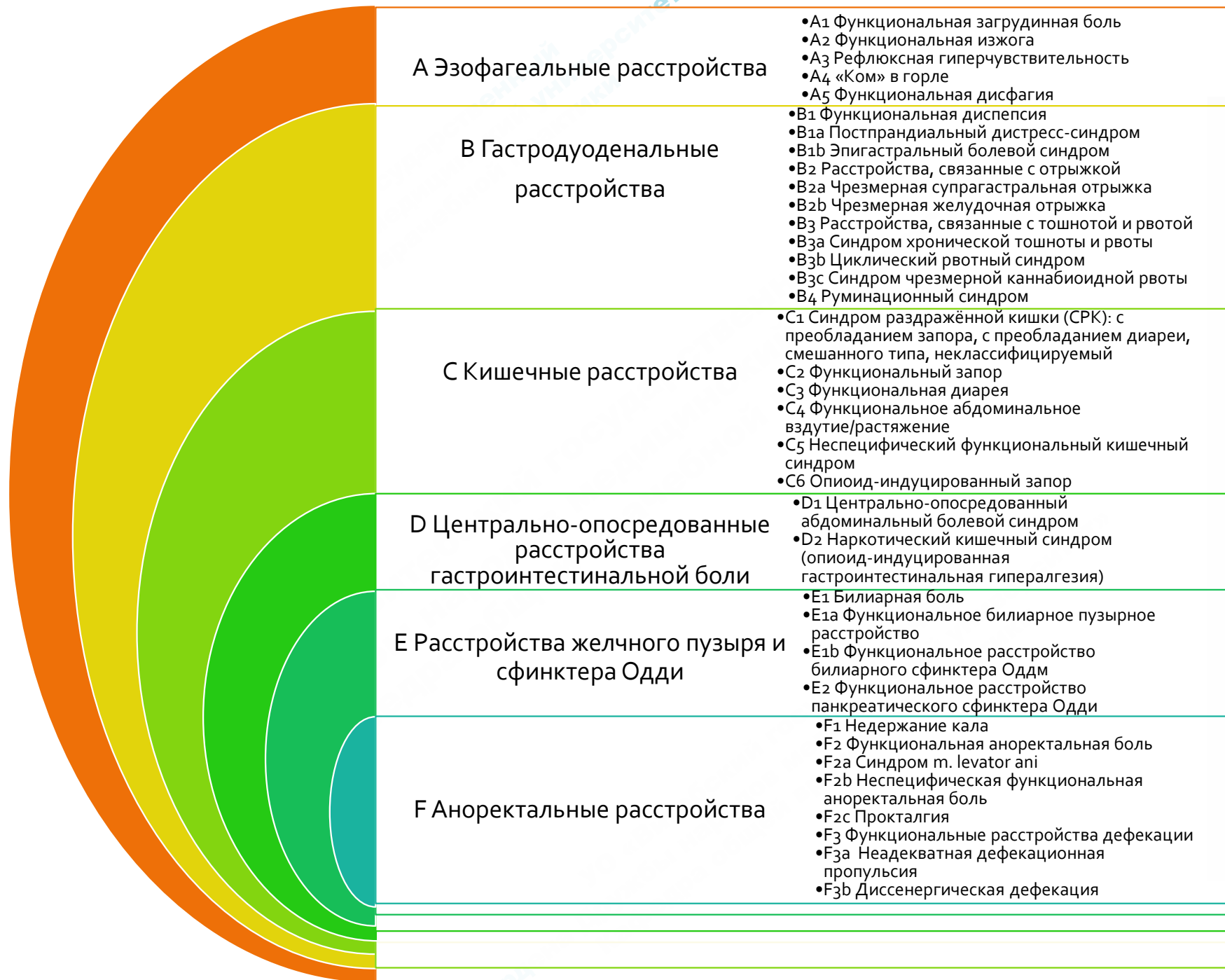
Основание: Rome IV

- В патофизиологии функциональных расстройств ЖКТ основное значение имеет гиперчувствительность к висцеральным стимулам, а также их измененное восприятие центральной нервной системой
- В Rome IV эти расстройства названы «расстройствами взаимодействия кишечник-мозг»
- Эти расстройства носят хронический характер, поэтому в диагностических критериях принято требование о начале симптомов от 6 месяцев и их наличие в течение последних 3 месяцев

# Функциональные расстройства ЖКТ:

расстройства  
взаимодействия  
кишечник –  
головной мозг у  
взрослых

Основание: Rome IV



# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройство взаимодействия кишечник – головной мозг в педиатрии

Основание: Rome IV

## G Педиатрические функциональные гастроинтестинальные расстройства у новорожденных и младенцев

- G1 Регургитация новорожденных
- G2 Руминационный синдром
- G3 Циклический рвотный синдром
- G4 Колика новорожденных
- G5 Функциональная диарея
- G6 Дишезия новорожденных
- G7 Функциональный запор

## H Педиатрические функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей подростков

- H1 Функциональные расстройства, связанные с тошнотой и рвотой
- H1a Циклический рвотный синдром
- H1b Функциональная тошнота и функциональная рвота
- H1c Руминационный синдром
- H1d Аэрофагия
- H2 Функциональные абдоминальные болевые расстройства
- H2a Функциональная диспепсия
- H2a1 Постпрандиальный дистресс-синдром
- H2a2 Эпигастральный болевой синдром
- H2b Синдром раздражённой кишки
- H2c Абдоминальная мигрень
- H2d Функциональная неспецифическая абдоминальная боль
- H3 Функциональные расстройства дефекации
- H3a Функциональный запор
- H3b Неретентивное недержание кала

## Функциональная диспепсия: определения

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»

- Диспепсия – боль или дискомфорт (чувство тяжести, переполнения, неопределенное неприятное ощущение) в верхней части живота, преимущественно по срединной линии. Иногда может присутствовать также чувство тошноты.
- Органическая диспепсия – наличие проявлений диспепсии, обусловленных органическими заболеваниями (гастродуоденальная язва или эрозии, рак желудка, острый гастрит от воздействия инфекционного возбудителя или как следствие токсического поражения, панкреатит, гепатит, цирроз печени).
- Функциональная диспепсия – наличие диспепсического синдрома в отсутствие органических заболеваний и метаболических или системных нарушений, которые могут объяснять имеющиеся симптомы. Функциональная диспепсия рассматривается как самостоятельная нозологическая единица, если проявления удовлетворяют критериям, приведенным ниже. Метаболические нарушения, приводящие к развитию диспепсии, – это, прежде всего, тяжелый сахарный диабет с диабетической полинейропатией и гастропарезом. Системные нарушения с проявлениями диспепсии возможны, например, при хронической почечной недостаточности, гипотиреозе или системном склерозе (системной склеродермии).
- Нр-ассоциированная диспепсия – наличие проявлений диспепсии, которые ассоциированы с инфекцией Нр.
- Необследованная диспепсия – наличие проявлений диспепсии у необследованного пациента, когда не представляется возможным определить, имеет ли она органический, метаболический или функциональный характер.

## Функциональная диспепсия: клинические и диагностические критерии

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»

### Клинические критерии:

- один или несколько симптомов: боль, жжение или неприятные ощущения в эпигастрии, быстрая насыщаемость, чувство полноты после еды, вздутие в верхней части живота, тошнота, отрыжка;
- объективно состояние удовлетворительное;
- имеется соответствие Римским критериям вариантов функциональной диспепсии – постпрандиальный дистресс-синдром или эпигастральный болевой синдром

### Диагностические критерии:

- наличие синдрома диспепсии в соответствии с перечисленными ниже проявлениями, которые наблюдаются у пациента не менее 3-х последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой
- критерии постпрандиального дистресс-синдрома (один или оба критерия из нижеследующих):
  - беспокоящее чувство полноты после еды, возникающее после приема обычного объема пищи, по крайней мере, несколько раз в неделю;
  - быстрая насыщаемость (сытость), в связи с чем невозможно съесть обычную пищу до конца, по меньшей мере, несколько раз в неделю;
  - дополнительные критерии: вздутие в верхней части живота или тошнота после еды или чрезмерная отрыжка; возможен сопутствующий эпигастральный болевой синдром;
- критерии эпигастрального болевого синдрома (все признаки из нижеследующих):
  - боль или жжение, локализованные в эпигастрии, как минимум умеренной интенсивности, с частотой не менее одного раза в неделю;
  - боль периодическая;
  - нет генерализованной боли или боли, локализующейся в других отделах живота или грудной клетки;
  - нет улучшения после дефекации или отхождения газов
  - нет соответствия критериям расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди;
  - дополнительные критерии: боль может быть жгучей, но без ретростернального компонента; боль обычно появляется или, наоборот, уменьшается после приема пищи, но может возникать и натощак; может наблюдаться сопутствующий постпрандиальный дистресс-синдром;
- отсутствие симптомов тревоги;
- отсутствие системных или метаболических заболеваний, которые могут вызвать диспепсические симптомы (сахарный диабет, ХПН, гипотиреоз и другое);
- отсутствие эрозивно-язвенных, опухолевых и других органических изменений органов пищеварения, которые могут вызвать диспепсические симптомы;
- сохранение или рецидивирование симптомов диспепсии, несмотря на успешную эрадикационную терапию;

## Функциональная диспепсия: диагностика

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»

Обязательная	Дополнительная
<ul style="list-style-type: none"><li>- Длина тела, масса тела, ИМТ</li><li>- ОАК</li><li>- ОАМ</li><li>- БАК: глюкоза, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, креатинин</li><li>- ЭКГ</li><li>- УЗИ органов брюшной полости</li><li>- Определение Нр (до начала лечения): гистологически или быстрый уреазный тест, или дыхательный <sup>13</sup>C-тест, или определение антигенов Нр в кале, или определение антител к Нр в сыворотке крови.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ЭГДС с биопсией (при наличии симптомов тревоги; пациентам в возрасте старше 40 лет, если не проводилась в последние 5 лет; при отсутствии возможности диагностировать Нр-инфекцию другими методами; при отсутствии эффекта от лечения)</li><li>- Рентгеноконтрастное исследование желудка, релаксационная рентгеноконтрастная дуоденография (при подозрении на гастростаз, дуоденостаз)</li><li>- Суточная рН-метрия желудка (при отсутствии эффекта от стандартной терапии)</li><li>- Врачебная консультация врача-психотерапевта (при неэффективности стандартной терапии)</li><li>- Определение антител к Нр в сыворотке крови используется только в случае имевшего место за последние 2 недели приема любых антибактериальных лекарственных средств или ингибиторов протонной помпы или при тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка; определение антител не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе). Контроль эффективности эрадикационной терапии: через 4-6 недель после окончания лечения - дыхательный <sup>13</sup>C-тест на Нр или определение антигенов Нр в кале или ЭГДС с биопсией из тела (2 биоптата) и антрального отдела (1-2 биоптата) желудка с гистологией на Нр</li></ul>

## Функциональная диспепсия: классификация

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»

- постпрандиальный дистресс-синдром
- эпигастральный болевой синдром
- смешанный вариант функциональной диспепсии

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики



## Функциональная диспепсия: формулировка диагноза

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»

### Диагноз:

- до проведения обследования: термин «необследованная диспепсия»
- после проведения обследования: вариант диспепсии; степень тяжести проявлений оценивается врачом-гастроэнтерологом

### Примеры:

- Диспепсия необследованная
- Функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс-синдром, средней степени тяжести
- Нр-ассоциированная диспепсия, средней степени тяжести (*данная формулировка используется, если диагностика Нр-инфекции проводилась не гистологически*)
- Диспепсия средней степени тяжести, Нр-ассоциированная. Хронический хеликобактерный антральный гастрит (Нр 3+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия -, 21.03.2012) (*данная формулировка применяется, если гистологическое исследование слизистой оболочки желудка выполнялось*)
- Нр-инфекция (*данная формулировка используется, если у пациента без жалоб установлено наличие Нр-инфекции методами, отличными от гистологического*).

## Функциональная диспепсия:

### цели лечения и показания к госпитализации

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»

- **Цели лечения функциональной диспепсии:** купирование (уменьшение) проявлений диспепсического синдрома
- **Показания для госпитализации** пациента с функциональной диспепсией отсутствуют. В отдельных случаях для проведения сложных диагностических исследований, решения экспертных вопросов допускается госпитализация пациента в гастроэнтерологическое отделение

## Функциональная диспепсия: немедикаментозное лечение

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»

- Рациональная психотерапия
- Отказ от алкоголя
- Отказ от курения
- Ограничение применения гастротоксических лекарственных средств (НПВС и другие ЛС, имеющие в качестве побочных эффектов эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной слизистой оболочки или симптомы диспепсии)
- Нормализация режима питания

## Функциональная диспепсия:

### медикаментозное лечение

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»

- ИПП в стандартной дозе 1 раз в день утром натощак за 30-60 мин до еды – до 4 нед или H<sub>2</sub>-блокаторы (фамотидин) 20 мг 2 раза в день (утром и вечером) 2-4 недели
- При редких проявлениях легкой степени тяжести (1-2 раза в неделю) - невсасывающиеся антациды в стандартных дозах короткими курсами по несколько дней или в режиме «по требованию» во время болей
- При наличии инфекции H<sub>p</sub> – эрадикационная терапия
- При постпрандиальных симптомах назначаются прокинетики: домперидон 10 мг 3 раза/сут 1-2 недели

## Функциональная диспепсия: контроль эффективности лечения и диспансеризация

Основание:

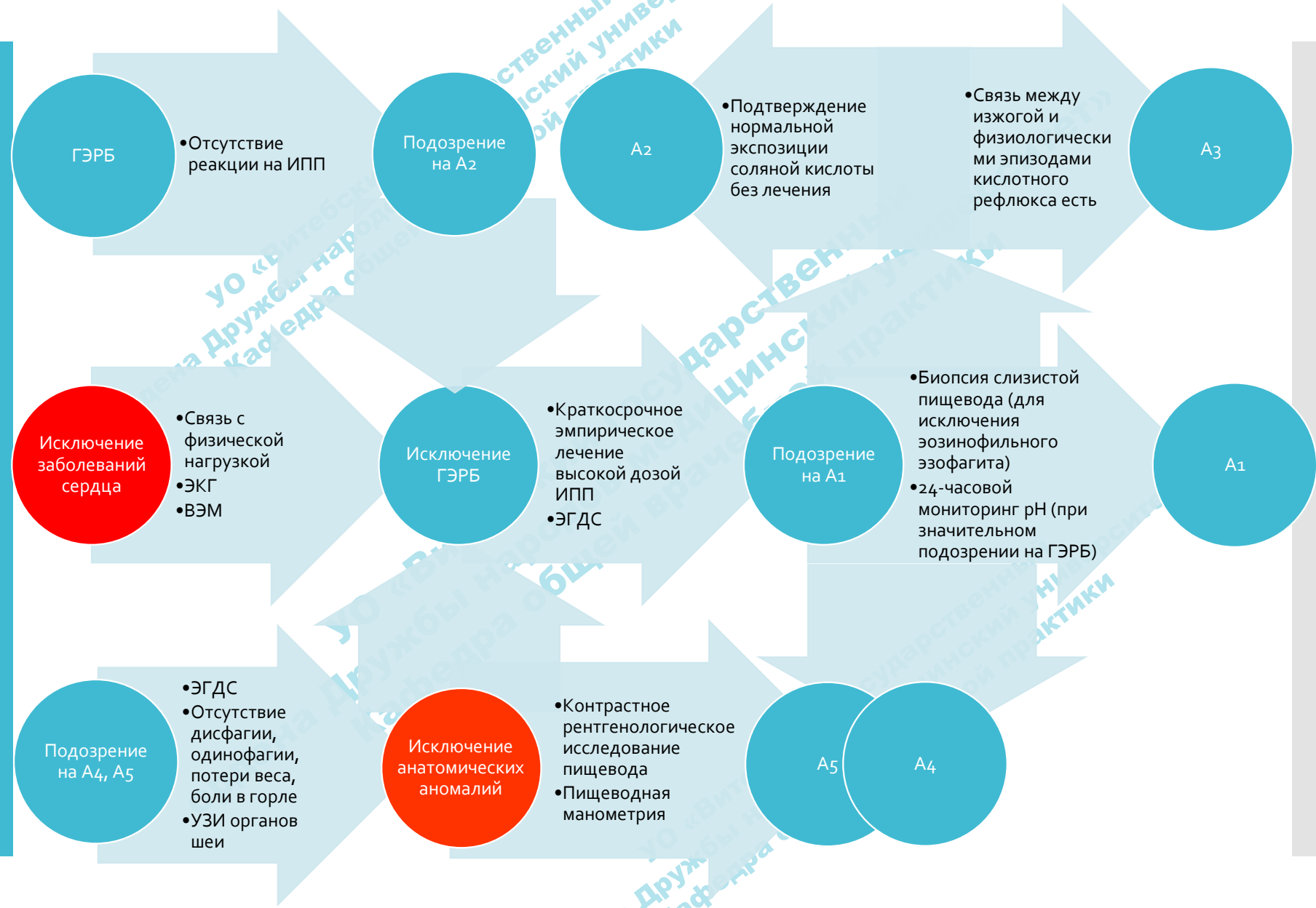
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»;
- Постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь №96 от 12.08.2016 г. «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации»

- Контроль эффективности лечения осуществляется клинически по купированию жалоб. Если проводилась эрадикационная терапия, осуществляется ее контроль: через 4-8 недель после окончания лечения – 13С-дыхательный тест на Hp или определение антигенов Hp в кале, или ЭГДС с биопсией из тела (2 биоптата) и антрального отдела (1-2 биоптата) желудка и гистологией на Hp
- Пациенты с функциональной диспепсией относятся к группе диспансерного наблюдения Д(II).

# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник — головной мозг: А, эзофагеальные расстройства, определение Основание: Rome IV

- Функциональные заболевания пищевода характеризуются наличием симптомов со стороны пищевода (изжога, боль в груди, дисфагия, ком в пищеводе/горле) у пациентов без каких-либо обнаруженных анатомических изменений (эзофагит, опухоль или сужение пищевода, существенное нарушение моторики). Тем не менее, возможно частично наложение некоторых из функциональных расстройств на ГЭРБ.
- **А1 Функциональная загрудинная боль** – это рецидивирующая необъяснимая боль за грудиной, вероятно, пищеводного происхождения. Это подтип более широкой категории заболеваний – несердечная боль в грудной клетке. Фактическая частота А1 неизвестна. Считается, что она может быть диагностирована у 30% пациентов с несердечной болью в грудной клетке. В этой группе 50-60% приходится на ГЭРБ, а около 15% – нарушения моторики пищевода, а также эозинофильный эзофагит. Встречается А1 с одинаковой частотой у мужчин и женщин, чаще в возрасте 45-55 лет. У 75% пациентов с несердечной болью в грудной клетке диагностируются психические расстройства (тревожные расстройства, депрессия, неврозы, панические атаки)
- **А2 Функциональная изжога** – это ощущение жжения, которое не вызвано ГЭРБ, другими специфическими заболеваниями слизистой оболочки или нарушениями моторики пищевода и не проходит при оптимальном лечении препаратами, ингибирующими секрецию соляной кислоты в желудке. А2 может составлять около 50% случаев изжоги, не реагирующей на ИПП, и около 25% случаев с неполным улучшением после ИПП.
- **А3 Рефлюксная гиперчувствительность** – это возникновение изжоги или боли в грудной клетке физиологическими эпизодами рефлюкса у пациентов без ГЭРБ при гастроскопии или без патологического рефлюкса при рН-метрии. Некоторые пациенты могут реагировать на лечение против рефлюкса. А3 встречается примерно в 30% пациентов с неэрозивным эзофагитом.
- **А4 «Ком» в горле/пищевode** – это временное или постоянное безболезненное ощущение опухлости или инородного тела в горле, локализующееся между хрящом щитовидной железы и яремной вырезкой, не связанное с одиофагией или дисфагией, часто проходящее во время еды.
- **А5 Функциональная дисфагия** – это чувство неправильного движения пищевого комка по пищеводу без объективной причины. А5, вероятно, является самым редким из функциональных заболеваний пищевода, составляя несколько процентов случаев дисфагии.

# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройство взаимодействия кишечник – головной мозг: А, эзофагеальные расстройства, диагностика Основание: Rome IV



# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг: А, эзофагеальные расстройства, диагностические критерии Основание: Rome IV

Функциональное расстройство	Частные диагностические критерии	Общие диагностические критерии
<b>А1</b> Функциональная за грудинная боль	Исключение кардиальных причин боли Отсутствие сопутствующих пищеводных симптомов (изжога, дисфагия)	Отсутствие признаков ГЭРБ (патологическая экспозиция соляной кислоты) или эозинофильного эзофагита Отсутствие существенных нарушений моторики пищевода (ахалазия / нарушение проходимости гастроэзофагеального соединения, диффузный спазм пищевода, штопоробразный пищевод, отсутствие моторики) Все критерии выполнены за последние 3 месяца Начало симптомов $\geq 6$ месяцев до постановки диагноза Симптомы возникают $\geq 1$ раза в неделю для А1, А4, А5 и $\geq 2$ раз в неделю для А2, А3
<b>А2</b> Функциональная изжога	Жжение, жгучая боль или дискомфорт за грудиной Сохранение симптомов несмотря на оптимальное лечение, ингибирующее секрецию соляной кислоты	
<b>А3</b> Рефлюксная гиперчувствительность	Симптомы, локализованные за грудиной, в том числе изжога и боль в груди Результат ЭГДС в норме Признаки, указывающие, что симптомы индуцируются эпизодами рефлюкса, несмотря на правильную экспозицию пищевода к соляной кислоте в рН-метрическом исследовании или рН-метрии с оценкой импеданса (эффект от лечения, ингибирующего секрецию соляной кислоты, не исключает диагноза)	
<b>А4</b> «Ком» в горле	Безболезненное чувство опухоли или инородного тела в горле временного или постоянного характера, без обнаруживаемых морфологических аномалий при объективном обследовании, ларингоскопии и ЭГДС Симптом появляется между приёмами пищи Отсутствие дисфагии или одиофагии Отсутствие желудочной эктопии в проксимальном отделе пищевода	
<b>А5</b> Функциональная дисфагия	Чувство застоя, приклеивания или аномального прохождения твёрдой и/или жидкой пищи через пищевод Отсутствие признаков, указывающих на изменения в слизистой оболочке пищевода или анатомических аномалий	



# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник — головной мозг: А, эзофагеальные расстройства, лечение Основание: Rome IV

- Основа для фармакологического лечения А1 – препараты, изменяющие восприятие боли:
  - СИОЗС: сертралин 50-200 мг/сутки, пароксетин 50-75 мг/сутки
  - ИОЗСН: венлафаксин 75 мг/сутки
  - ТЦА: amitриптилин 10-20 мг/сутки, имипрамин 50 мг/сутки
  - Тразодон/кломипрамин 50/25 мг/сутки
- Габапентин, прегабалин
- Ксантины: теофиллин
- Циталопрам
- Когнитивно-поведенческая терапия, гипноз, методы борьбы со стрессом, акупунктура, релаксационная терапия
- При показаниях при А3 – антирефлюксная операция
- При показаниях при А5 – эмпирическая дилатация пищевода с использованием гибких расширителей
- Модификация питания при А5: приём пищи в сидячем положении, тщательное пережёвывание, запивание большим количеством воды отдельных порций
- Возможность краткосрочного применения ИПП (для исключения ГЭРБ)

## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

В, гастродуоденальные  
расстройства,  
К30, В1, Функциональная  
диспепсия,  
определение

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

- Диспепсия – это боль или дискомфорт (чувство тяжести, переполнения, неопределенное неприятное ощущение) в верхней части живота, преимущественно по срединной линии, которым может сопутствовать чувство тошноты:
  - органическая диспепсия – это диспепсия, обусловленная органическими заболеваниями (гастродуоденальная язва или эрозии, рак желудка, острый гастрит от воздействия инфекционного возбудителя или как следствие токсического поражения, панкреатит, гепатит, цирроз печени);
  - функциональная диспепсия – это диспепсия в отсутствие органических заболеваний и метаболических или системных нарушений, которые могут объяснять имеющиеся симптомы;
  - Нр-ассоциированная диспепсия – это диспепсия, ассоциированная с инфекцией Нр;
  - необследованная диспепсия – это диспепсия у необследованного пациента, когда не представляется возможным определить, имеет ли она органический, метаболический или функциональный характер.
- Функциональная диспепсия рассматривается как самостоятельная нозологическая единица, если проявления удовлетворяют следующим критериям:
  - один или несколько симптомов: боль, жжение или неприятные ощущения в эпигастрии, быстрая насыщаемость, чувство полноты после еды, вздутие в верхней части живота, тошнота, отрыжка;
  - объективно состояние удовлетворительное;
  - имеется соответствие Римским-3 критериям вариантов функциональной диспепсии – постпрандиального дистресс-синдрома или эпигастрального болевого синдрома.
- Метаболические нарушения, приводящие к развитию диспепсии, – это, прежде всего, тяжелый сахарный диабет с диабетической полинейропатией и гастропарезом. Системные нарушения с проявлениями диспепсии возможны, например, при хронической почечной недостаточности, гипотиреозе или системном склерозе (системной склеродермии).

## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

В, гастродуоденальные  
расстройства,  
К30, В1, Функциональная  
диспепсия,  
диагностика

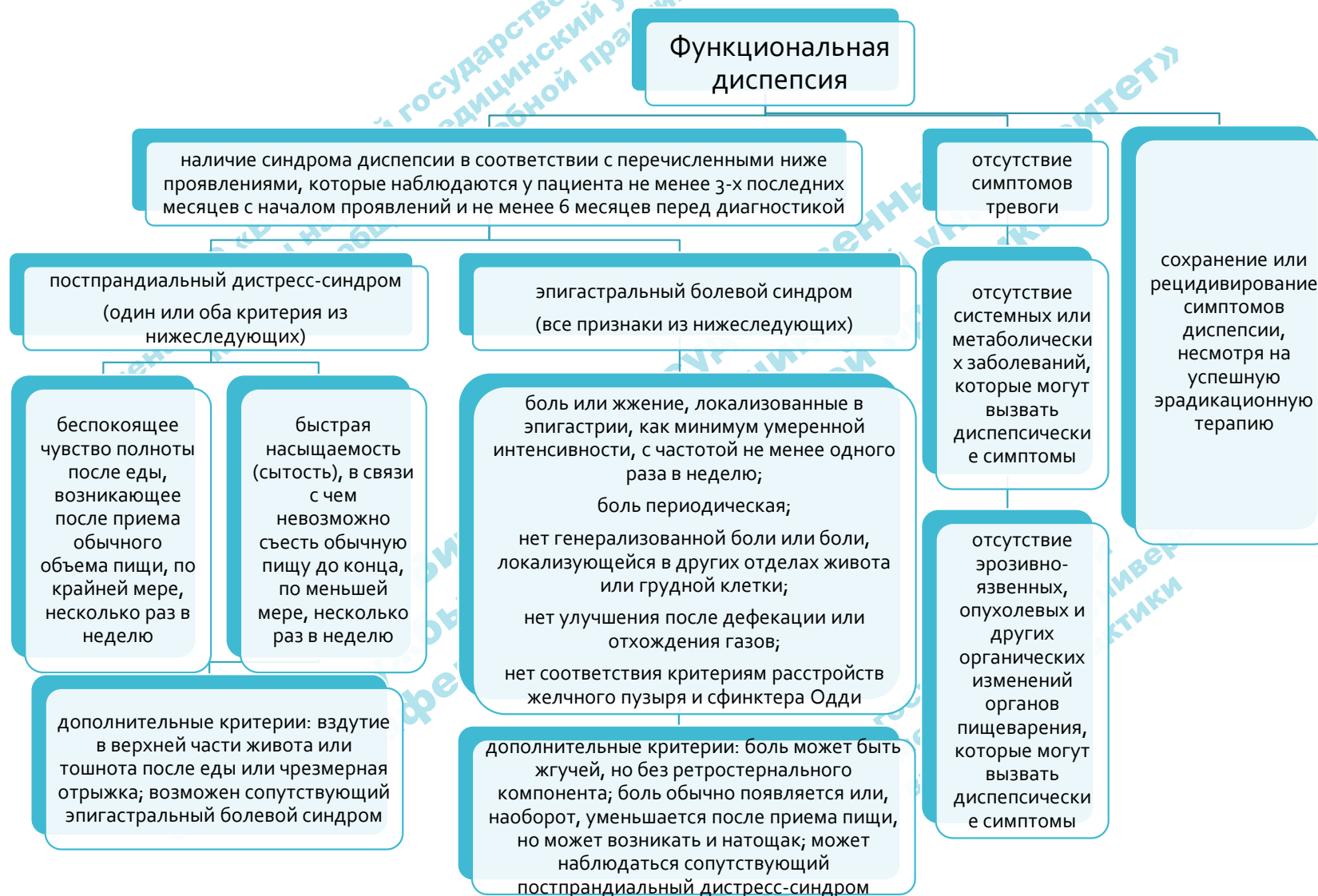
Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>	Примечание
Длина тела, масса тела, ИМТ. ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, холестерин, мочевина, креатинин. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Определение Нр (до начала лечения): гистологически или быстрый уреазный тест, или дыхательный <sup>13</sup> С-тест, или определение антигенов Нр в кале, или определение антител к Нр в сыворотке крови.	ЭГДС с биопсией (при наличии симптомов тревоги; пациентам в возрасте старше 40 лет, если не проводилась в последние 5 лет; при отсутствии возможности диагностировать Нр-инфекцию другими методами; при отсутствии эффекта от лечения) Рентгеноконтрастное исследование желудка, релаксационная рентгеноконтрастная дуоденография (при подозрении на гастростаз, дуоденостаз). Суточная рН-метрия желудка (при отсутствии эффекта от стандартной терапии). Врачебная консультация врача- психотерапевта (при неэффективности стандартной терапии).	Определение антител к Нр в сыворотке крови используется только в случае имевшего место за последние 2 недели приема любых антибакте- риальных лекарственных средств или ИПП или при тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка; определение антител не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе). Контроль эффективности эрадикационной терапии: через 4-6 недель после окончания лечения - дыхательный <sup>13</sup> С-тест на Нр или определение антигенов Нр в кале или ЭГДС с биопсией из тела (2 биоптата) и антрального отдела (1-2 биоптата) желудка с гистологией на Нр.

# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройство взаимодействия кишечник – ГОЛОВНОЙ МОЗГ:

В, гастродуоденальные расстройства,  
К30, В1, Функциональная диспепсия,  
критерии

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV



## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

В, гастродуоденальные  
расстройства,  
К30, В1, Функциональная  
диспепсия,

формулировка диагноза

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

- Классификация функциональной диспепсии:
  - постпрандиальный дистресс-синдром;
  - эпигастральный болевой синдром;
  - смешанный вариант функциональной диспепсии;
- Формулировка диагноза функциональной диспепсии:
  - до проведения обследования: «необследованная диспепсия»;
  - после проведения обследования: вариант диспепсии; степень тяжести проявлений.
- Примеры диагнозов:
  - Диспепсия необследованная
  - Функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс-синдром, средней степени тяжести.
  - Нр-ассоциированная диспепсия, средней степени тяжести. (Данная формулировка используется, если диагностика Нр-инфекций проводилась не гистологически)
  - Диспепсия средней степени тяжести, Нр-ассоциированная. Хронический хеликобактерный антральный гастрит (Нр 3+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия -, 21.03.2012). (Данная формулировка применяется, если гистологическое исследование слизистой оболочки желудка выполнялось)
  - Нр-инфекция. (Данная формулировка используется, если у пациента без жалоб установлено наличие Нр-инфекции методами, отличными от гистологического).

## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной МОЗГ:

В, гастродуоденальные  
расстройства,  
К30, В1, Функциональная  
диспепсия,  
лечение

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

- Целью лечения функциональной диспепсии является: купирование (уменьшение) проявлений диспепсического синдрома;
- Показания для госпитализации пациента с функциональной диспепсией отсутствуют. В отдельных случаях для проведения сложных диагностических исследований, решения экспертных вопросов допускается госпитализация пациента в гастроэнтерологическое отделение
- Лечение пациента с функциональной диспепсией:
  - рациональная психотерапия;
  - отказ от алкоголя, курения, ограничение применения гастротоксических лекарственных средств (НПВС и другие ЛС, имеющие в качестве побочных эффектов эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной слизистой оболочки или симптомы диспепсии), нормализацию режима питания;
  - медикаментозная терапия:
    - 1) ИПП в стандартной дозе 1 раз в день утром натощак за 30-60 мин до еды – до 4 недели или H<sub>2</sub>-блокаторы (фамотидин) 20 мг 2 раза в день (утром и вечером) 2-4 недели;
    - 2) При редких проявлениях легкой степени тяжести (1-2 раза в неделю) – невсасывающиеся антациды в стандартных дозах короткими курсами по несколько дней или в режиме «по требованию» во время болей
    - 3) При наличии инфекции Hр – эрадикационная терапия
    - 4) При постпрандиальных симптомах назначаются прокинетики: домперидон 10 мг 3 раза в сутки 1-2 недели
- Контроль эффективности лечения осуществляется клинически по купированию жалоб. Если проводилась эрадикационная терапия, осуществляется ее контроль: через 4-8 недель после окончания лечения – <sup>13</sup>C-дыхательный тест на Hр или определение антигенов Hр в кале, или ЭГДС с биопсией из тела (2 биоптата) и антрального отдела (1-2 биоптата) желудка и гистологией на Hр.
- Пациенты с функциональной диспепсией относятся к группе диспансерного наблюдения Д(II).

# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг: V, гастродуоденальные расстройства, V2, расстройства, связанные с отрыжкой Основание: Rome IV

- V2a Чрезмерная супрагастральная отрыжка – это явление, при котором воздух, попадая в пищевод, не достигает желудка, а стремительно выходит обратно в глотку. Это не рефлекторный процесс, а проявление поведенческого расстройства
- V2b Чрезмерная желудочная отрыжка – это рефлекторный процесс, который осуществляется при растяжении желудка избытком воздуха, попавшим при глотании, что инициирует преходящие расслабления нижнего пищеводного сфинктера и как следствие выход воздуха из желудка в пищевод, а затем в глотку
- Диагностика: суточная рН-импедансометрия и манометрия пищевода высокого разрешения
- Лечение:
  - речевая терапия под контролем логопеда
  - когнитивно-поведенческая терапия, гипноз, методы борьбы со стрессом, акупунктура, релаксационная терапия
  - эмпирическая медикаментозная терапия: СИОЗС (сертралин 50-200 мг/сутки, пароксетин 50-75 мг/сутки), ИОЗСН (венлафаксин 75 мг/сутки), ТЦА (амитриптилин 10-20 мг/сутки, имипрамин 50 мг/сутки), тразодон/кломипрамин 50/25 мг/сутки

Функциональные  
расстройства  
ЖКТ:  
расстройства  
взаимодействия  
кишечник –  
головной мозг:  
V, гастродуоденальные  
расстройства,  
Vз Расстройства, связанные  
с тошнотой и рвотой  
Основание: Rome IV

- **Vза Синдром хронической тошноты и рвоты** – это
- **Vзв Циклический рвотный синдром** – синдром, характеризующийся тяжёлыми эпизодами периодических приступов тошноты и рвоты, которые могут сопровождаться болью в животе и головными болями. Эпизод имеют различную продолжительность – от 1-2 часов до нескольких дней. Каждый эпизод заканчивается периодом освобождения от тошноты и/или рвоты, прежде чем произойдёт следующий эпизод. Встречается почти у 2% детей школьного возраста, взрослых – реже. Является диагнозом исключения.
- Лечение Vзв:
  - когнитивно-поведенческая терапия, гипноз, методы борьбы со стрессом, акупунктура, релаксационная терапия
  - эмпирическая медикаментозная терапия: СИОЗС (сертралин 50-200 мг/сутки, пароксетин 50-75 мг/сутки), ИОЗСН (венлафаксин 75 мг/сутки), ТЦА (амитриптилин 10-20 мг/сутки, имипрамин 50 мг/сутки), тразодон/кломипрамин 50/25 мг/сутки; противомигренозная терапия, противорвотные средства, лечение сердечно-сосудистых заболеваний, седативные препараты; регидратационная терапия
- **Vзс Синдром чрезмерной каннабиоидной рвоты** – это синдром
- Лечение Vзс: прекращение употребления каннабиоидов



# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг: V, гастродуоденальные расстройства, V<sub>4</sub>, руминационный синдром (R19.8) Основание: Rome IV

- V<sub>4</sub> Руминационный синдром – это произвольная, как правило, регургитация небольших количеств пищи из желудка в полость рта, возникающая обычно через 15-30 минут после еды и сопровождающаяся повторным пережёвыванием и проглатыванием.
- Руминации не сопутствуют такие симптомы, как тошнота и боль в животе.
- Руминация часто наблюдается у детей. У взрослых её распространённость оценить трудно, так как пациенты редко сообщают о ней врачу.
- У пациентов с ахалазией или ценкеровским дивертикулом может происходить регургитация непереваренной пищи без тошноты. В большинстве случаев (при отсутствии этих болезней) патофизиологические механизмы руминации малоизучены. По всей вероятности, руминация выступает как проявление расстройств пищевого поведения – у пациента формируется привычка расслаблять НПС и проталкивать содержимое желудка в пищевод и глотку, повышая давление в желудке и тем ритмичного сокращения и расслабления диафрагмы.
- Диагностика:
  - Клиническая оценка;
  - ЭГДС и/или исследование моторики пищевода (рентгеновское исследование верхних отделов ЖКТ);
  - Оценка психологического состояния;
  - Манометрия пищевода при показаниях.
- Лечение: поведенческая терапия, релаксационная терапия, диафрагмальное дыхание

## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

S, кишечные расстройства  
S<sub>1</sub>, синдром раздражённой  
кишки:

МКБ-10, определение и  
клинические критерии

Основание: Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь №54 от 01.06.2017

года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов с

заболеваниями органов пищеварения»,

Rome IV

- K58.0 синдром раздраженного кишечника с диареей;
  - K58.9 синдром раздраженного кишечника без диареи
  - Синдром раздраженного кишечника (СРК) – это функциональное расстройство кишечника, при котором абдоминальная боль сочетается с нарушениями дефекации и кишечного транзита
  - Нормальный стул у здоровых взрослых людей, придерживающихся смешанного рациона питания:
    - частота стула составляет от 3 раз в день до 3 раз в неделю,
    - масса кала – 100 - 250 г/сут,
    - стул имеет оформленную консистенцию
  - **Клинические критерии СРК:**
    - боль и (или) неприятные ощущения в области живота; уменьшение болей и неприятных ощущений после дефекации; отсутствие ночных болей;
    - диарея без крови, преимущественно в утренние часы после завтрака, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи; императивные позывы на дефекацию; отсутствие диареи в ночное время;
    - запор (стул реже 3 раз в неделю, плотный), необходимость интенсивного натуживания при дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника; фрагментированный стул с выделением слизи;
    - чередование диареи и запора;
    - вздутие;
- отсутствие «симптомов тревоги»: диареи в ночное время, крови в стуле, снижении массы тела, лихорадки, анемии, лабораторных признаков воспаления

# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

S, кишечные расстройства  
S1, синдром раздражённой  
кишки:

диагностика

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

## ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ

- Оценка статуса питания и его динамики за период болезни.
- Оценка наличия «симптомов тревоги»
- ОАК.
- ОАМ.
- БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза, ХС, амилаза, СРБ.
- ЭКГ.
- Иммунохимический ТСК.
- Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие.
- УЗИ ОБП.
- Колоноскопия: в возрасте старше 50 лет или при отягощенном семейном анамнезе по новообразованиям кишечника (рак, полипы).

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

- Анализ кала на кальпротектин (при СРК с диареей).
- Колоноскопия независимо от возраста – при наличии «симптомов тревоги», которые определяются согласно таблице 10 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу, положительном ТСК или положительном анализе кала на кальпротектин; при диарее колоноскопия дополняется множественной биопсией (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела, включая подвздошную и прямую кишку).
- AGA-IgG и tTGA-IgA – при СРК с диареей, резистентности к стандартной терапии, наличии «симптомов тревоги».
- ЭГДС – при сопутствующих симптомах диспепсии.
- Биопсия постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки – при СРК с диареей, резистентной к стандартной терапии.
- Врачебная консультация врача-акушера-гинеколога, УЗИ малого таза (при болевом синдроме в нижних отделах живота).
- Ирригоскопия с двойным контрастированием – при невозможности проведения колоноскопии.
- Водородные дыхательные тесты на мальабсорбцию лактозы, фруктозы, синдром избыточного бактериального роста – при диарее или метеоризме, резистентным к стандартной терапии.
- Врачебная консультация врача-психотерапевта – при недостаточной эффективности стандартной терапии.

## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

C, кишечные расстройства  
C1, синдром раздражённой  
кишки:

формулировка диагноза

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

- Диагноз СРК устанавливается при соответствии симптомов у пациента всем ниже перечисленным критериям:
  - рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 месяца в сочетании с 2 или более признаками из следующих:
    - 1) уменьшается после дефекации;
    - 2) ассоциирована с изменением частоты стула;
    - 3) ассоциирована с изменением формы (внешнего вида) стула;
  - отсутствие «симптомов тревоги»;
  - отсутствие органических заболеваний или метаболических (биохимических) расстройств, объясняющих имеющиеся симптомы;
  - соответствие критериям наблюдается в течение не менее 3-х последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой;
- Классификация СРК:
  - СРК с запором (СРК-З) – твердый или шероховатый стул  $>25\%$  и неоформленный мягкий или водянистый стул  $<25\%$  из числа опорожнений кишечника;
  - СРК с диареей (СРК-Д) – неоформленный мягкий или водянистый стул  $>25\%$  и твердый или шероховатый стул  $<25\%$  из числа опорожнений кишечника;
  - смешанный СРК (СРК-М) – твердый или шероховатый стул  $>25\%$  и неоформленный мягкий или водянистый стул  $>25\%$  из числа опорожнений кишечника;
  - неклассифицированный СРК (СРК-Н) – недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для субтипов СРК-З, СРК-Д и СРК-М;
  - альтернирующий (СРК-А) – периодическое изменение картины поведения кишечника.
- Определение степени тяжести СРК проводится по оценке выраженности доминирующего проявления у пациента (диареи, запора, абдоминальной боли);
- Формулировка диагноза СРК включает: вариант СРК; степень тяжести проявлений.
- Примеры диагноза СРК:
  - К58.9: Синдром раздраженного кишечника с запором, средней степени тяжести.
  - К58.0: Синдром раздраженного кишечника с диареей, легкой степени.

## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

C, кишечные расстройства  
C1, синдром раздражённой  
кишки:

лечение

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

- Цель лечения СРК: купирование (уменьшение) болевого синдрома и других неприятных субъективных проявлений; купирование (уменьшение) диареи или запора.
- Показания для госпитализации пациента с СРК отсутствуют; в отдельных случаях допускается госпитализация для проведения обследования пациента, которое невозможно в амбулаторных условиях;
- Лечение СРК:
  - психотерапия (любой вариант, кроме релаксационной психотерапии);
  - мероприятия по коррекции питания и образа жизни: отказ от курения, нормализация режима питания, обучение гигиене кишечника и установлению режима дефекации (при запорах), использование диеты с ограничением ферментируемых ди- и олигосахаридов при стойком метеоризме, осторожное отношение к применению НПВС и других ЛС, имеющих в качестве побочных эффектов кишечные симптомы или колит;
  - медикаментозная терапия кишечных проявлений, которая определяется доминирующим симптомом:
    - 1) при болевом синдроме – ЛС, применяемые при нарушениях функции кишечника, в течение 4-8 недель, при необходимости возможен более длительный прием: отилония бромид 40 мг 3 раза/сут; мебеверина гидрохлорид 200 мг x 2 раза/сут; тримебутин 100 мг 3 раза/сут; гиосцина бутилбромид 10 мг 3 раза/сут;
    - 2) при запоре – слабительные ЛС, дозы, режим и длительность приема которых подбираются индивидуально с учетом тяжести проявлений и ответа на лечение: бисакодил 1-2 таблетки (5-10 мг) на ночь или 1-2 суппозитории ректально; лактулоза 15-45 мл/сут с последующим переходом на поддерживающую дозу 10-25 мл/сут; макрогол 4000 1-2 пакета (10-20 г) в сут;
    - 3) при диарее – лоперамид 2 мг в виде разовых приемов «по требованию»;
    - 4) при метеоризме – ЛС на основе симетикона 40-80 мг 2-3 раза в сутки в режиме «по требованию»;
    - 5) при недостаточном эффекте от вышеназванной терапии для уменьшения кишечных проявлений используются трициклические антидепрессанты в малых дозах: amitриптилин 10-50 мг/сут 8-12 недель; при отсутствии эффекта от вышеназванной терапии – СИОЗС, далее пробиотики в средних терапевтических дозах 4 недели
- Контроль эффективности лечения пациента проводится клинически по купированию жалоб
- Пациенты с СРК относятся к группе диспансерного наблюдения Д(II).

Функциональные  
расстройства  
ЖКТ:  
расстройства  
взаимодействия  
кишечник —  
ГОЛОВНОЙ МОЗГ:  
С, кишечные  
расстройства  
С2-С6  
Основание: Rome IV

- С2 Функциональный запор
- С3 Функциональная диарея
- С4 Функциональное абдоминальное вздутие/растяжение
- С5 Неспецифический функциональный кишечный синдром
- С6 Опиоид-индуцированный запор

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник — головной мозг: D, центрально- опосредованные расстройства гастроинтестинальной боли

Основание: Rome IV

- Центрально-опосредованные расстройства гастроинтестинальной боли

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

Е, расстройства желчного  
пузыря и сфинктера Одди:

Е1а, функциональное  
билиарное пузырное  
расстройство,

определение и критерии

Основание: Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь №54 от 01.06.2017

года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов с

заболеваниями органов пищеварения»,

Rome IV

- МКБ-10: К82.8 другие уточненные болезни желчного пузыря: дискинезия желчного пузыря; функциональное расстройство желчного пузыря.
- Функциональное расстройство желчного пузыря – это моторное расстройство желчного пузыря, которое клинически манифестирует билиарными болями, как следствие любого из начальных метаболических нарушений (например, гиперсатурация желчи холестерином) или первичного нарушения моторики желчного пузыря при отсутствии, по крайней мере, вначале, любого отклонения состава желчи
- Клиническим критерием дисфункции желчного пузыря является боль в правом подреберье или эпигастрии у пациента
- Диагностическими критериями дисфункции ЖП являются: наличие желчного пузыря, нормальные показатели печёночных ферментов, конъюгированного билирубина, амилазы (липазы), наличие эпизодов билиарной боли, удовлетворяющих следующим критериям:
  - Эпизоды болей, локализованных в эпигастрии и (или) в правом верхнем квадранте живота и все признаки из следующих:
  - Длительность эпизодов 30 минут и более;
  - Рецидивирование симптомов с различными интервалами (не ежедневно);
  - Боли достигают определенного уровня;
  - Боли умеренные или сильные, достаточные для нарушения повседневной активности или приводящие в отделение неотложной помощи;
  - Боли не уменьшаются после стула;
  - Боли не уменьшаются при перемене положения;
  - Боли не уменьшаются после приема антацидов;
  - Исключены другие структурные заболевания, которые могли бы объяснить симптомы;
  - Боли могут сочетаться с 1 или более из следующих признаков: ассоциированы с тошнотой или рвотой; иррадиируют в спину и (или) правую подлопаточную область; будят в середине ночи.



# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

Е, расстройства желчного  
пузыря и сфинктера Одди:

Е1а, функциональное  
билиарное пузырьное  
расстройство,

диагностика и лечение

Основание: Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь №54 от 01.06.2017

года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов с

заболеваниями органов пищеварения»,

Rome IV

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none"><li>- ОАК</li><li>- ОАМ</li><li>- Амилаза мочи</li><li>- БАК: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, ХС, амилаза (липаза)</li><li>- ЭКГ</li><li>- УЗИ ОБП</li><li>- ЭГДС с оценкой области фатерова соска</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Врачебная консультация врача-хирурга</li><li>- Динамическая гепатобилисцинтиграфия (для ориентировочной оценки функции желчного пузыря при упорном болевом синдроме и решении вопроса о холецистэктомии)</li><li>- Врачебная консультация врача-психотерапевта</li></ul>

- Оценка степени тяжести дисфункции ЖП проводится либо в соответствии с общими принципами оценки тяжести заболевания, либо основывается на оценке болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале от 1 до 10 баллов;
- При формулировке диагноза дисфункции ЖП указываются нозология и степень тяжести проявлений
- Пример диагноза: Функциональное расстройство желчного пузыря, с клиническими проявлениями легкой степени
- Целью лечения дисфункции ЖП является купирование (уменьшение) болевого синдрома; предупреждение желчнокаменной болезни.
- Показания для госпитализации пациента с дисфункцией желчного пузыря отсутствуют. Возможна экстренная госпитализация в хирургическое отделение районной, городской или областной организации здравоохранения при выраженном болевом синдроме
- Лечение дисфункции желчного пузыря:
  - рациональная психотерапия;
  - оптимизация режима и характера питания: частые приемы пищи, сокращение потребления животных жиров, простых углеводов, увеличение потребления клетчатки, рыбы, растительных масел;
  - повседневная двигательная активность;
  - пробная терапия миотропными спазмолитиками (дротаверин 80 мг 3 раза/сут), желчегонными ЛС (гимекромон 200 мг 3 раза/сут), либо ЛС, применяющимися при нарушениях функции кишечника: мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 раза/сут, отилония бромид 40 мг 3 раза/сут, гиосцина бутилбромид 10 мг 3 раза/сут;
  - при отсутствии эффекта, тяжелом течении и явных признаках нарушения эвакуаторной функции желчного пузыря может рассматриваться вопрос о проведении холецистэктомии.
- Пациенты с дисфункцией желчного пузыря относятся к группе диспансерного наблюдения Д(II).

## Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия кишечник – головной мозг:

Е, расстройства желчного  
пузыря и сфинктера Одди:  
Е1b-Е2, функциональное  
расстройство билиарного и  
панкреатического сфинктера  
Одди,

определение и критерии

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

- МКБ-10: К83.4 Спазм сфинктера Одди.
- Функциональное расстройство желчного пузыря – это термин, используемый для определения расстройств моторики сфинктера Одди, связанных с болью, повышением уровня печеночных или панкреатических ферментов, дилатацией общего желчного протока или эпизодами панкреатита
- Клиническими критериями дисфункции сфинктера Одди являются боль в правом подреберье, эпигастрии или левом подреберье; нарушение моторики желчных путей предполагается:
  - после холецистэктомии при наличии болей в животе;
  - при наличии идиопатического рецидивирующего панкреатита;
  - при наличии эпизодических болей, похожих на боли, возникающие при заболеваниях желчного пузыря, но отрицательных результатах диагностических тестов.
- Диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди:
  - наличие эпизодов билиарной боли, удовлетворяющих следующим критериям:
    - эпизоды болей, локализованных в эпигастрии и (или) в правом верхнем квадранте живота и все признаки из следующих:
      - длительность эпизодов 30 минут и более;
      - рецидивирование симптомов с различными интервалами (не ежедневно);
      - боли достигают определенного уровня;
      - боли умеренные или сильные, достаточные для нарушения повседневной активности или приводящие пациента в отделение неотложной помощи организации здравоохранения;
      - боли не уменьшаются после стула;
      - боли не уменьшаются при перемене положения;
      - боли не уменьшаются после приема антацидов;
      - исключены другие структурные заболевания, которые могли бы объяснить симптомы;
      - боли могут сочетаться с 1 или более из следующих признаков: ассоциированы с тошнотой или рвотой; иррадиируют в спину и (или) правую подлопаточную область; будят в середине ночи.
  - наличие диагностических критериев функционального билиарного расстройства сфинктера Одди (должны присутствовать все критерии):
    - нормальный уровень амилазы (липазы);
    - подъем уровня трансаминаз, ЩФ, конъюгированного билирубина сыворотки крови, связанный по времени, по крайней мере, с 2 эпизодами болей;
    - или наличие диагностических критериев функционального панкреатического расстройства сфинктера Одди: повышение уровня амилазы (липазы).

# Функциональные расстройства ЖКТ: расстройства взаимодействия

## кишечник – головной МОЗГ:

### Е, расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди: Е1b-Е2, функциональное расстройство билиарного и панкреатического сфинктера Одди,

диагностика и лечение

Основание: Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017  
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение пациентов с  
заболеваниями органов пищеварения»,  
Rome IV

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none"><li>- ОАК</li><li>- ОАМ</li><li>- Амилаза мочи</li><li>- БАК: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, ХС, амилаза (липаза)</li><li>- ЭКГ</li><li>- УЗИ ОБП</li><li>- ЭГДС с оценкой области фатерова соска</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- КТ ОБП (при признаках билиарной или панкреатической гипертензии)</li><li>- ЭРХПГ или МР-ХПГ (при сомнительных результатах других инструментальных исследований или признаках обструкции панкреатобилиарного дерева)</li><li>- Эндосонография (при сомнительных или требующих уточнения результатах других инструментальных исследований)</li><li>- Врачебная консультация врача-хирурга (при наличии признаков билиарной или панкреатической гипертензии)</li><li>- Врачебная консультация врача-психотерапевта (при неэффективности медикаментозной терапии)</li></ul>

- Степень тяжести дисфункции сфинктера Одди определяется в соответствии с типом функционального билиарного расстройства следующим образом (аналогичные типы характерны для панкреатического расстройства):
  - определенное расстройство сфинктера Одди (тип I): боли, повышение лабораторных тестов, документированное во время двух или более эпизодов, увеличение времени удаления контраста при ЭРХПГ, расширение общего желчного протока (>12 мм при ЭРХПГ);
  - вероятное расстройство сфинктера Одди (тип II): боли в сочетании с 1 или 2 критериями типа I;
  - возможное расстройство сфинктера Одди (тип III): только боли; другие критерии отсутствуют.
- Классификация дисфункции сфинктера Одди:
  - Е1а, функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди;
  - Е2, функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди.
- При формулировке диагноза дисфункции сфинктера Одди учитывается нозология, тяжесть (тип) и осложнения.
- **Примеры диагноза:**
  - Функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди, II тип, острый панкреатит
  - Функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди, тип III.
- Целью лечения дисфункции СО является: купирование (уменьшение) болевого синдрома; предупреждение повреждения ткани печени и поджелудочной железы.
- Показания для госпитализации при дисфункции сфинктера Одди:
  - эпизод с выраженным болевым синдромом и панкреатитом (госпитализация пациента в хирургические отделения);
  - необходимость уточнения диагноза (исключение стриктуры протока, опухоли и другое) (госпитализация пациента в хирургические или гастроэнтерологические отделения)
- **Лечение дисфункции сфинктера Одди:**
  - дробное питание с ограничением жира;
  - купирование приступа болей: нифедипин под язык (10-20 мг) или нитроглицерин под язык (1 таблетка);
  - миотропные спазмолитики: дротаверин 80 мг 3 раза/сут, бутилскополамин 10 мг 3 раза/сут внутрь или в ректальных суппозиториях, гимекромон 200 мг 3 раза/сут внутрь, мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 раза/сут внутрь 4 недели;
  - при I типе рассматривается вопрос о проведении папиллосфинктеротомии;
  - Пациенты с дисфункцией сфинктера Одди относятся к группе диспансерного наблюдения Д(II).

# Функциональные расстройства ЖКТ:

расстройства  
взаимодействия

кишечник —

ГОЛОВНОЙ МОЗГ:

F, аноректальные  
расстройства

Основание: Rome IV

- F1 Недержание кала
- F2 Функциональная аноректальная боль
- F2a Синдром m. levator ani
- F2b Неспецифическая функциональная аноректальная боль
- F2c Прокталгия
- F3 Функциональные расстройства дефекации
- F3a Неадекватная дефекационная пропульсия
- F3b Диссенергическая дефекация

## Экспертиза временной нетрудоспособности

- Функциональная диспепсия является одной из клинических причин временной нетрудоспособности.
- Средняя длительность временной нетрудоспособности при функциональной диспепсии составляет 1-3 дня

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

# Профилактика

- Первичная профилактика включает режим и качество питания, отказ от вредных привычек, обследование на гельминтозы, санация полости рта, минимизация воздействия профессиональных вредностей, соблюдение гигиенических правил.
- Вторичная профилактика предусматривает диетическое питание в соответствии с особенностями функционального состояния желудка, повышение физической активности, закаливание; методы рациональной психотерапии.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

*Хоть я живу невозмутимо,  
Но от проглоченных обид  
Неясно где, но ощутило  
Живот души моей болит.*

*Игорь Миронович Губерман*



Эдвард Мунк  
Автопортрет в саду, Экели. 1942  
холст, масло