

# В помощь практическому врачу

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2021

Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А.

## ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, Москва, Россия

*Под синдромом диспепсии понимают комплекс симптомов, включающих в себя боли и чувство жжения в подложечной области, ощущение переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение. В тех случаях, когда у больных не удается обнаружить органические заболевания, являющиеся причиной возникновения данных симптомов, говорят о функциональной диспепсии (ФД). Римские критерии ФД IV пересмотра при отсутствии «симптомов тревоги» считают возможным постановку диагноза ФД без инструментального обследования (в первую очередь, без эзофагогастроудоденоскопии). В рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации подчеркивается, что такой подход ведет к серьезным диагностическим ошибкам, в связи с чем диагноз ФД должен рассматриваться как «диагноз исключения», который может быть поставлен только после всестороннего обследования больных.*

**Ключевые слова:** диспепсия; функциональная диспепсия; диагностика; дифференциальный диагноз.

**Для цитирования:** Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. Трудности дифференциального диагноза при функциональной диспепсии. *Клиническая медицина*. 2021;99(3):208–212.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-3-208-212>

**Для корреспонденции:** Шептулин Аркадий Александрович — д-р мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.И. Сеченова» (Сеченовский Университет), e-mail: [arkalshep@gmail.com](mailto:arkalshep@gmail.com)

**Sheptulin A.A., Kardasheva S.S., Kurbatova A.A.**

### DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN FUNCTIONAL DYSPEPSIA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia

*Dyspepsia syndrome is understood as a complex of symptoms, including epigastric pain and epigastric burning, postprandial fullness and early satiation. In cases when organic diseases cannot be detected in patients as the cause of these symptoms, the term functional dyspepsia (FD) should be used. Rome IV criteria of FD in the absence of “alarm symptoms” consider it possible to make a diagnosis of FD without instrumental examination (first of all, without esophagogastroduodenoscopy). The recommendations of the Russian Gastroenterological Association emphasize that this approach leads to serious diagnostic errors, and therefore the diagnosis of PD should be considered as a diagnosis of exclusion, which can be made only after a comprehensive examination of patients.*

**Keywords:** dyspepsia; functional dyspepsia; diagnostics; differential diagnosis.

**For citation:** Sheptulin A.A., Kardasheva S.S., Kurbatova A.A. Difficulties of differential diagnosis in functional dyspepsia. *Klinicheskaya meditsina*. 2021;99(3):208–212. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-3-208-212>

**For correspondence:** Arkady A. Sheptulin — Arkady A. Sheptulin, MD, PhD, DSc, Professor Department of Internal Diseases Propedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Institute of Clinical Medicine named after N.V. Sklifosovsky, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); e-mail: [arkalshep@gmail.com](mailto:arkalshep@gmail.com)

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

Received 25.01.2021

## Синдром диспепсии и его варианты

Под синдромом диспепсии понимается комплекс симптомов, включающий в себя жалобы на боли и чувство жжения в эпигастрии, ощущение переполнения в подложечной области и раннее насыщение. В тех случаях, когда больные, имеющие указанные жалобы, не подвергались пока еще каким-либо исследованиям, говорят о необследованной диспепсии (*uninvestigated dyspepsia*). После проведения диагностического поиска и выявления таких заболеваний, как язвенная болезнь, хронический панкреатит, рак желудка и др., речь ведут уже об органи-

ческой диспепсии (*organic dyspepsia*). Если при обследовании пациентов, у которых симптомы диспепсии отмечаются в последние 3 мес. (при их общей продолжительности не менее 6 мес.), не удастся выявить каких-либо органических причин, объясняющих их возникновение, ставится диагноз функциональной диспепсии (*functional dyspepsia*).

При постановке диагноза функциональной диспепсии (ФД) выделяют клинические варианты данного заболевания. Если в клинической картине ведущими симптомами являются боли и чувство жжения в эпигастрии,

говорят о синдроме боли в эпигастрии (*epigastric pain syndrome*). В тех случаях, когда на передний план выступают ощущение переполнения в подложечной области и раннее насыщение, делают заключение о наличии постпрандиального дистресс-синдрома (*postprandial distress syndrome*) [1, 2].

### Диагностика функциональной диспепсии

Согласно Римским критериям (РК) IV пересмотра, при обращении к врачу пациента с «необследованной» диспепсией диагноз ФД должен основываться на соответствии жалоб больного упомянутым критериям, исключении ятрогенных причин этого синдрома (например, приема нестероидных противовоспалительных препаратов), отсутствии «симптомов тревоги», а также исключении диспепсии, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). О последней говорят в тех случаях, когда после тестирования на наличие инфекции *H. pylori* и последующей эрадикации в случае его положительного результата (стратегия «test and treat») отмечается устойчивое (в течение 6–12 мес.) исчезновение диспепсических жалоб [3].

Что же касается эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), то при постановке диагноза ФД, согласно РК IV пересмотра, она проводится только при наличии «симптомов тревоги» [1]. К ним относятся: возраст старше 55 лет к моменту возникновения жалоб, наследственная отягощенность по раку желудка, признаки желудочно-кишечного кровотечения (мелена или рвота содержимым типа «кофейной гущи»), дисфагия (особенно прогрессирующая) и одинофагия (болезненное глотание), упорная рвота, необъяснимая потеря массы тела, пальпируемое образование в эпигастральной области или обнаружение увеличенных лимфатических узлов, выявление железодефицитной анемии [4].

Возрастной критерий для проведения ЭГДС при возникновении диспепсических жалоб может различаться в разных странах. Так, в рекомендациях Американского колледжа гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology) и Канадской ассоциации гастроэнтерологов (Canadian Association of Gastroenterology) проведение ЭГДС больным с появившимися симптомами диспепсии показано при достижении ими возраста 60 лет, хотя при высоком риске возникновения рака желудка (в частности, при наличии наследственной предрасположенности) она может быть выполнена и в более молодом возрасте [5]. В то же время клинические рекомендации Корейского общества нейрогастроэнтерологии и моторики, касающиеся ФД, с учетом высокой заболеваемости раком желудка в этой стране предполагают проведение ЭГДС больным с диспепсическими жалобами, начиная с 40-летнего возраста [6].

При отсутствии «симптомов тревоги» и несоответствии возраста пациента требуемым критериям после тестирования на инфекцию *H. pylori* и последующей эрадикации при сохранении симптомов диспепсии больным назначается эмпирическое лечение с учетом клинического варианта ФД. Проведение ЭГДС в таких случаях

не считается «ни целесообразным, ни реалистичным» (*neither desirable, nor realistic*) [4]. Что же касается выполнения больным с подозрением на ФД ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, то этот метод в РК IV пересмотра в разделе, посвященном диагностике ФД, даже не упоминается [1].

Ошибочность такого подхода выглядит совершенно очевидной. Симптомы ФД не являются специфичными и могут встречаться при самых различных органических заболеваниях, включая и злокачественные опухоли желудка. Ожидание появления в указанных случаях «симптомов тревоги» может повлечь за собой их несвоевременное распознавание.

Было установлено, что из 722 больных, у которых клинические симптомы полностью соответствовали РК ФД III пересмотра, у 23,5% пациентов после ЭГДС были выявлены органические заболевания. При этом чувствительность РК в постановке диагноза ФД составила лишь 60,7%, а специфичность — 68,7% [7].

Известный голландский гастроэнтеролог G. Tytgat [8] показал, что у 1,6–8,2% больных с синдромом диспепсии обнаруживаются язвы желудка, у 2,3–12,7% пациентов — язвы двенадцатиперстной кишки, в 0–3,4% случаев — злокачественные опухоли, и рекомендовал в связи с этим проведение ЭГДС таким больным в качестве метода исследования первой линии. Y.-J. Fung и соавт. [9] провели ЭГДС у 711 больных, соответствовавших РК ФД III пересмотра, и обнаружили у 36,3% пациентов органические заболевания.

В клинических рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ФД было подчеркнуто, что возможность серьезных органических заболеваний протекать под «маской» ФД является основанием считать диагноз ФД диагнозом исключения, который может быть поставлен только после тщательного обследования больных с обязательным проведением ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, а при необходимости — и других исследований (рентгенографии желудка, внутрижелудочной и внутрипищеводной рН-метрии, сцинтиграфии желудка и др.) [10].

Такого подхода придерживаются не только российские гастроэнтерологи. A. Madisch и соавт. [11] опубликовали в немецком журнале, издаваемом для практических врачей, статью, посвященную диагностике и лечению ФД, где подчеркнули, что обследование пациентов с синдромом диспепсии должно обязательно включать в себя ЭГДС и УЗИ органов брюшной полости, а в случаях упорного характера жалоб — рН-импедансометрию пищевода и желудка, а также сцинтиграфию желудка.

Что касается обязательного тестирования больных на наличие инфекции *H. pylori*, то в соответствии с последними рекомендациями согласительного совещания «Маастрихт-V» [12] выбор метода тестирования определяется рядом факторов.

Если больному одновременно не проводится ЭГДС, то для диагностики можно применять <sup>13</sup>C- или <sup>14</sup>C-дыхательный уреазный тест, определение антигена *H. pylori* в кале или серологический метод (иссле-

дование антител к *H. pylori* класса иммуноглобулина G). В тех случаях, когда больному одновременно выполняется ЭГДС, то для подтверждения инфекции *H. pylori* используется быстрый (эндоскопический) уреазный тест.

Для контроля эффективности эрадикационной терапии, который проводится не ранее, чем через 6 нед. после окончания лечения, применяются дыхательный уреазный тест или определение антигена *H. pylori* в кале. Важно, чтобы в течение двух недель перед исследованием больной не принимал ингибиторы протонной помпы, а в течение месяца — антибиотики и препараты висмута, которые могут исказить результаты тестирования.

### **Заболевания, требующие проведения дифференциальной диагностики с функциональной диспепсией**

В первую очередь, ФД следует дифференцировать с обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, поскольку ее клинические проявления практически не отличаются от клинической картины такого варианта ФД, как синдром боли в эпигастрии (не случайно в первых РК этот вариант ФД назывался язвенноподобным) [13]. Проведение ЭГДС позволяет своевременно поставить диагноз язвенной болезни.

Синдром диспепсии может быть ведущим клиническим симптомом рака желудка. Особую онкологическую настороженность следует проявлять в отношении больных старше 50 лет с впервые возникшими симптомами диспепсии, пациентов, имеющих наследственную отягощенность по данному заболеванию, а также больных с выраженными атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка и кишечной метаплазией [14].

Определенные трудности могут возникнуть при проведении дифференциального диагноза между ФД и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Прежде всего, это связано с высокой частотой сочетания ФД и ГЭРБ, обусловленной общностью ряда патогенетических факторов данных заболеваний. Так, было показано, что ГЭРБ выявляется у 33,0–47,6% больных ФД [15, 16], а ФД обнаруживается у 25–28% пациентов с ГЭРБ [17, 18].

При проведении дифференциального диагноза между ФД и ГЭРБ принципиальным следует считать вопрос о том, может ли ГЭРБ протекать с симптомами диспепсии. Дело в том, что во многих работах, в которых упоминаются клинические проявления ГЭРБ, на передний план выступает оценка таких жалоб, как изжога, отрыжка, срыгивание, тогда как симптомы диспепсии либо вообще не упоминаются, либо отходят на задний план. Между тем было отмечено, что у 20% больных ГЭРБ это заболевание протекает только с симптомами диспепсии [19].

Метаанализ 9 исследований, посвященных оценке изменений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с синдромом диспепсии, показал, что в 13,4% случаев у таких пациентов был обнаружен эрозивный рефлюкс-эзофагит [20]. Это позволяет прийти к заключению, что кроме классического течения ГЭРБ (с изжогой, отрыжкой, срыгиванием) может быть своеобразная «диспепсическая форма» заболева-

ния, когда симптомы диспепсии выступают на передний план в клинической картине ГЭРБ. Так, если у больного с эрозивным эзофагитом, протекающим с симптомами диспепсии, заживление эрозий слизистой оболочки пищевода будет сопровождаться исчезновением диспепсических жалоб, то можно будет с большой долей уверенности предположить, что он страдает не ФД, а ГЭРБ.

Как известно, наиболее характерным клиническим проявлением заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей служат приступы желчной колики. Однако S.W. Jung и соавт. [21] показали, что дискинезии желчного пузыря могут протекать с клинической картиной ФД и рекомендовали в связи с этим включать холесцинтиграфию в план обследования больных с подозрением на ФД.

Не всегда простым оказывается дифференциальный диагноз между ФД и хроническим панкреатитом. На практике нередко приходится видеть ситуацию, когда врач, столкнувшись с неэффективностью лечения больного с ФД, ставит вместо ФД диагноз хронического панкреатита, часто основываясь лишь на изменении эхогенности паренхимы поджелудочной железы по данным УЗИ органов брюшной полости. Но бывает и обратная картина, когда хронический панкреатит, особенно на начальной стадии, протекает под «маской» ФД [22].

J. Larino-Noia и соавт. [23], обследовав 213 больных с диспепсией с применением УЗИ и магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости, а также эндоскопического метода оценки функционального состояния поджелудочной железы, выявили у 21,6% больных с болевым вариантом диспепсии морфологические и функциональные признаки хронического панкреатита. S. Fujikawa и соавт. [24], применив у больных с резистентным течением ФД для оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы тест с парааминобензойной кислотой, обнаружили у 70% пациентов признаки экскреторной панкреатической недостаточности при отсутствии у них изменений поджелудочной железы при проведении УЗИ и компьютерной томографии брюшной полости. Эти данные подтверждают необходимость включения хронического панкреатита в круг дифференциально-диагностического поиска у больных с синдромом диспепсии.

У больных ФД, протекающей с постпрандиальным дистресс-синдромом, может возникнуть необходимость проведения дифференциального диагноза с гастропарезом, под которым понимают комплекс симптомов, связанных с замедлением эвакуации из желудка при отсутствии какого-либо механического препятствия. Гастропарез встречается при сахарном диабете (диабетический гастропарез), при таких заболеваниях, как амилоидоз, системная склеродермия, рассеянный склероз, а также приеме опиоидов. У большинства пациентов не удается выявить причину гастропареза, и в таких случаях он именуется идиопатическим.

Диагноз гастропареза должен обязательно подтверждаться результатами исследования эвакуаторной функции желудка, «золотым стандартом» которого в настоящее время считается скинтиграфия с применением

специального завтрака, меченного радиоактивными изотопами ( $^{99m}\text{Tc}$  или  $^{111}\text{In}$ ). При этом заключение о наличии гастропареза I степени делается, когда через 4 ч после еды в желудке сохраняется 11–20% от первоначального объема пищи. При гастропарезе II степени этот показатель повышается до 21–35%, при гастропарезе III степени он составляет 36–50%, при гастропарезе IV степени — более 50% [25]. Для оценки эвакуаторной функции желудка применяется также дыхательный тест (чаще всего с октановой кислотой, меченной изотопом  $^{13}\text{C}$ ).

При проведении дифференциального диагноза между гастропарезом и ФД следует иметь в виду, что важным симптомом гастропареза (помимо таких клинических признаков, как ощущение тяжести и переполнения в подложечной области и чувство раннего насыщения, свойственных также ФД) служит рвота. Рвота не входит в комплекс клинических проявлений, свойственных ФД, и в Римских критериях ФД IV пересмотра при характеристике симптомов ФД подчеркивается, что «наличие рвоты требует поиска других заболеваний» (vomiting warrants consideration of another disorder) [1].

Но рвота у больных гастропарезом может отсутствовать, и тогда клинические проявления данного заболевания могут оказаться сходными с таковыми при ФД. Н.Р. Parkman и соавт. [26] обследовали 243 больных с подтвержденным диагнозом идиопатического гастропареза и установили, что клинические симптомы у 91,0% пациентов соответствовали при этом также критериям постпрандиального дистресс-синдрома. Понятно, что если бы у этих больных не была проведена оценка эвакуаторной функции желудка и не было бы обнаружено увеличения времени эвакуации, необходимого для постановки диагноза идиопатического гастропареза, то многим из этих пациентов врачами общей практики был бы поставлен диагноз ФД.

Следовательно, определяющим фактором дифференциального диагноза между идиопатическим гастропарезом и ФД (прежде всего, постпрандиальным дистресс-синдромом) является определение времени эвакуации из желудка. При его увеличении свыше соответствующих показателей (сохранение в желудке через 4 ч после проведения скинтиграфии более 10% от принятого объема пищи) больных следует рассматривать как пациентов, страдающих идиопатическим гастропарезом. При меньшем замедлении опорожнения желудка правомерна постановка диагноза ФД.

Хорошо известно, что в клинической картине глютенной энтеропатии (целиакии) на первый план выступают обычно жалобы, свойственные синдрому раздраженного кишечника и требующие проведения дифференциального диагноза с данным заболеванием. Однако у ряда больных с целиакией клинические симптомы могут быть сходными с таковыми при ФД. Так, F.C. Ford и соавт. [27] провели метаанализ 15 исследований, касающихся возможной связи целиакии и ФД. Частота обнаружения серологических маркеров целиакии (антител к глиадину, эндомизию, тканевой трансглутаминазе) у больных с диспепсией оказалась выше (правда, статистически

недостаточно), чем в контрольной группе (соответственно, 7,9 и 3,9%). Также выше у больных с диспепсией по сравнению с контрольной группой была частота гистологически подтвержденных случаев целиакии, сочетавшихся с ее серологическими маркерами (3,2 и 1,3%). В работе был сделан вывод о целесообразности включения целиакии в круг дифференциально-диагностического поиска при синдроме диспепсии. Некоторые авторы считают обязательным при проведении ЭГДС у больных с подозрением на ФД выполнение биопсии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки с последующим гистологическим исследованием с целью исключения морфологических признаков целиакии [28].

Некоторые авторы считают необходимым проведение дифференциального диагноза ФД с синдромом раздраженного кишечника (СРК) [19]. Однако, учитывая, что клиническая картина СРК коренным образом отличается от таковой при ФД, подобные трудности в клинической практике возникают сравнительно редко. В РК IV пересмотра подчеркивается, что уменьшение болей в животе после опорожнения кишечника говорит против диагноза ФД [1]. Частое выявление у больных ФД болей в животе, связанных с дефекацией, нарушений стула в виде запоров или диареи свидетельствует о высокой частоте сочетания ФД с другими функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (в первую очередь, с СРК), что обусловливается общностью патогенетических звеньев данных заболеваний [29].

## Заключение

Подходы к диагностике ФД, изложенные в клинических рекомендациях РГА, касающихся данного заболевания [10], коренным образом отличаются от таковых, содержащихся в РК IV пересмотра [1] и предполагающих возможность постановки диагноза ФД без какого-либо инструментального обследования (в первую очередь, ЭГДС и УЗИ органов брюшной полости). Учитывая, что многие заболевания органов пищеварения (в частности, язвенная болезнь, рак желудка, хронический панкреатит) могут протекать (особенно на ранних стадиях) с клинической картиной, свойственной ФД, этот подход, рекомендованный РК IV пересмотра чреват серьезными диагностическими ошибками. Диагноз ФД может рассматриваться только как «диагноз исключения», который правомерно ставить только после тщательного обследования больного с обязательным проведением ЭГДС и УЗИ органов брюшной полости, а при необходимости и других инструментальных методов диагностики.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCE

1. Stanghellini V., Chan F.K.L., Hasler W.L., Malagelada J.R., Suzuki H., Tack J., Talley N.J. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1380–1392. DOI: 10.1052/j.gastro.2016.02.011
2. Black C.J., Houghton L.A., Ford A.C. Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines.

- Therap. Adv. Gastroenterol.* 2018;11:1756284818805597. DOI: 10.1177/1756284818805597
3. Sugano K., Tack J., Kuipers E., Graham D.J., El-Omar E.M., Miura S. et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. *Gut.* 2015;64(9):1353–1367. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309252
  4. Talley N.J., Ford A.C. Functional dyspepsia. *N. Engl. J. Med.* 2015; 373(19):1853–1863.
  5. Moayeddi P., Lacy B.E., Andrews C.N., Enns R.A., Howden C.W., Vakil N. ACG and CAG Clinical guideline: management of dyspepsia. *Am. J. Gastroenterol.* 2017;112(7):988–1013. DOI: 10.1038/ajg.2017.154
  6. Oh J.H., Kwon J.G., Jung H.-K., Tae C.H., Song K.H., Kang S.J. Clinical practice guidelines for functional dyspepsia in Korea. *J. Neurogastroenterol. Motil.* 2020;26(1):29–50. DOI: 10.5056/jnm119209
  7. Ford A.C., Bercik P., Morgan D.G., Bolino C., Pintos-Sanchez M.I., Moayyedi P. The Rome III criteria for the diagnosis of functional dyspepsia in secondary care are not superior to previous definitions. *Gastroenterology.* 2014;146(4):932–40; quiz e14-5. DOI: 10.1053/j.gastro.2014
  8. Tytgat G. Role of endoscopy and biopsy in the work up of dyspepsia. *Gut.* 2002;50(14):13–16. DOI: 10.1136/gut.50.suppl.4.iv13
  9. Fang Y.-J., Liou J.-M., Chen C.-C., Lee J.-Y., Hsu Y.-C., Chen M.J. et al. Distinct aetiopathogenesis in subgroups of functional dyspepsia according to the Rome III criteria. *Gut.* 2015;64(10):1517–28. DOI: 10.1136/gutjnl-2014-308114
  10. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Трухманов А.С., Картавенко И.М. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2017;27(1):50–61. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Sheptulin A.A., Lapina T.L., Trukhmanov A.S., Kartavenko I.M. et al. Diagnosis and treatment of the functional dyspepsia: clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association. *Russian. J. Gastroenterologii, Hepatologii, Coloproctologii.* 2017;27(1):50–61. (In Russian)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-50-61
  11. Madisch A., Andresen V., Enck P., Labenz J., Frieeling T., Schemann M. The diagnosis and treatment of functional dyspepsia. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2018;30;115(13):222–232. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0222
  12. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T. et al. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66(1):6–30. DOI: 10.1136/gutjnl-2016-312288
  13. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., Королев М.П., Андреев Д.Н., Баранская Е.К. и др. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых. (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2020;30(1):49–70. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Tsar'kov P.V., Korolev M.P., Andreev D.N., Baranskaya E.K. et al. Diagnosis and treatment of peptic ulcer in adults (Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association, the Russian Society of Colorectal Surgeons and the Russian Endoscopic Society). *Russian. J. Gastroenterologii, Hepatologii, Coloproctologii.* 2020;30(1):49–70. (in Russian)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70
  14. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Каприн А.Д., Агапов М.Ю., Андреев Д.Н., Водолеев А.С. и др. Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения (методическое руководство Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России для врачей первичного звена здравоохранения). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2019;29(5):53–74. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Kaprin A.D., Agapov M.Yu., Andreev D.N., Vodoleev A.S. et al. Early detection of oncological diseases of the digestive system (Guidelines of the Russian Gastroenterological Association and the Russian Association of Oncologists for primary care physicians). *Russian. J. Gastroenterologii, Hepatologii, Coloproctologii.* 2019;29(5):53–74. (in Russian)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2.
  15. Richter J.E., Rubinstein J.H. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2018;154(2):267–276. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.07.045
  16. Kaji M., Fujiwara Y., Shiba M., Kohata Y., Yamagami H., Tanigawa T. et al. Prevalence of overlaps between GERD, FD and IBS and impact on health-related quality of life. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2010;25(6):1151–1156. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2010.06249.x
  17. De Vries D.R., Van Herwaarden M.A., Baron A., Smout A.J., Samson M. Concomitant functional dyspepsia and irritable bowel syndrome decrease health-related quality of life in gastroesophageal reflux disease. *Scand J. Gastroenterol.* 2007;42(8):951–956. DOI: 10.1080/00365520701204204
  18. Lee S.W., Lee T.Y., Lien H.C., Yeh H.Z., Chang C.S., Ko C.W. The risk factors and quality of life in patients with overlapping functional dyspepsia or peptic ulcer disease with gastroesophageal reflux disease. *Gut Liver.* 2014;8(2):160–164. DOI: 10.5009/gnl.2014.8.2.160
  19. McQuaid K.R. Dyspepsia. In: «Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease». M.Feldman et al. (Eds), 7th ed. Philadelphia — London — Montreal — Sydney — Tokyo, 2002:102–118
  20. Ford A.C., Marwaha A., Lim A., Moayyedi P. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2010;8(10):830–837. DOI: 10.1016/j.cgh.2010.05.031
  21. Jung S.W., Joo M.S., Choi H.C., Jang S.I., Woo Y.S., Kim J.B. et al. Epigastric symptoms of gallbladder dyskinesia mistaken for functional dyspepsia: Retrospective observational study. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(16):e6702. DOI: 10.1097/MD.0000000000006702
  22. Futagami S., Yamawaki H., Agawa Sh., Ikeda G., Noda H., Kiritani K. et al. Comparison of functional dyspepsia and early chronic pancreatitis. *J. Nippon Med. Sch.* 2020;87(1):2–6. DOI: 10.1272/jnms.JNMS.2020\_87\_101
  23. Larino-Noia J., de la Iglesia D., Iglesias-Garcia J., Macias F., Nieto L., Baston I. et al. Morphological and functional changes of chronic pancreatitis in patients with dyspepsia: A prospective, observational, cross-sectional study. *Pancreatol.* 2018;18(3):280–285. DOI: 10.1016/j.pan.2018.02.003
  24. Fujikawa Y., Tominaga K., Tanaka F., Kamata N., Yamagami H., Tanigawa T. et al. Postprandial symptoms felt at the lower part of the epigastrium and a possible association of pancreatic exocrine dysfunction with the pathogenesis of functional dyspepsia. *Intern. Med.* 2017;56(13):1629–1635. DOI: 10.2169/intermalmedicine.56.8193
  25. Abell T.L., Camilleri M., Donohoe K., Hasler W.L., Lin H.C., Maurer A.H. et al. Consensus recommendations for gastric emptying scintigraphy: a joint report of the American Neurogastroenterology and Motility Society and the Society of Nuclear Medicine. *Am. J. Gastroenterol.* 2008;103(3):753–763. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2007.01636.x
  26. Parkman H.P., Yates K., Hasler W.H., Nguyen L., Pasricha J.P., Snape W.J. et al. Clinical features of idiopathic gastroparesis vary with sex, body mass, symptom onset, delay in gastric emptying, and gastroparesis severity. *Gastroenterology.* 2011;140(1):101–115. DOI: 10.1053/j.gastro.2010.10.015
  27. Ford A.C., Ching E., Moayyedi P. Meta-analysis: yield of diagnostic tests for coeliac disease in dyspepsia. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2009;30(1):28–36. DOI:10.1111/j.1365-2036.2009.04008.x
  28. Santolaria S., Alcedo J., Cuartero B., Diez I., Abascal M., Dolores M. et al. Spectrum of gluten-sensitive enteropathy in patients with dysmotility-like dyspepsia. *Gastroenterol. Hepatol.* 2013;36(1):11–20. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2012.07.011
  29. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Киприанис В.А. Функциональная диспепсия. М. МЕДпресс-информ, 2017:144. [29. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Kiprianis V.A. Functional dyspepsia. MEDpress-inform, 2017:144. (in Russian)]

Поступила 25.01.2021

**Информация об авторах**

Шептулин А.А. (Sheptulin A.A.), <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>  
 Кардашева С.С. (Kardasheva S.S.), <https://orcid.org/0000-0002-5116-2144>  
 Курбатова Ф.Ф. (Kurbatova A.A.), <https://orcid.org/0000-0002-6154-8163>