

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**“Затверджено”**  
на засіданні кафедри  
внутрішньої медицини №1  
**Завідувач кафедри**  
Професор Скрипник І.М.

\_\_\_\_\_  
Протокол № 2 від 15.09.2016 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Внутрішня медицина
<i>Модуль</i>	Основи внутрішньої медицини
<i>Змістовний модуль</i>	Основи діагностики, лікування та профілактики хвороб органів травлення
<i>Тема заняття</i>	<b>Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба. Шлункова диспепсія</b>
<i>Курс</i>	IV
<i>Факультет</i>	Медичний №1,2

Полтава 2016 р.

**1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:** необхідність вивчення теми «Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба» в клініці внутрішніх хвороб обумовлена значною поширеністю даної патології в світі. Серед дорослого населення більшості розвинутих країн частота печії досягає 40 % та має тенденцію до зростання. За ступенем зниження якості життя гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) поступається лише психічним хворобам і переважає пептичну виразку дванадцятипалої кишки, стенокардію та гіпертонічну хворобу I—II стадій. У 10% пацієнтів із симптомами ГЕРХ розвивається стравохід Барретта, що збільшує ризик появи аденокарциноми стравоходу в 30—125 разів. Початок третього тисячоліття характеризується бурхливим зростанням ГЕРХ в розвинених країнах миру (в 4-5 разів). Рахується, що це може бути пов'язано з високою розповсюдженістю такого фактору ризику ГЕРХ як ожиріння, а також з сидячим способом життя та змінами складу їжі.

## **2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:**

1. Ознайомитись:
  - з поширеністю гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби;
2. Студент повинен знати:
  - основні етіологічні фактори ГЕРХ;
  - патогенез ГЕРХ;
  - прояви ГЕРХ;
  - класифікацію ГЕРХ;
  - сучасні принципи терапії ГЕРХ та її профілактики.
3. Студент повинен вміти:
  - провести клінічне обстеження хворих з ГЕРХ;
  - скласти план обстеження хворого з ГЕРХ;
  - інтерпретувати результати досліджень;
  - провести диференціальну діагностику;
  - скласти схему лікування хворого з ГЕРХ;
  - скласти план профілактичних заходів запобігання розвитку ГЕРХ.

## **3.МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ.**

<b>ДИСЦИПЛІНА</b>	<b>ОТРИМАНІ НАВИЧКИ</b>
1. Нормальна анатомія	Виявляти зміни з боку шлунково-кишкового тракту
2. Нормальна фізіологія	Виявити порушення основних фізіологічних функцій травної системи
3.Біохімія	Оцінити дані лабораторних методів обстеження при патології шлунково-кишкового тракту
4. Патофізіологія	Визначати патологічні зміни з боку травної системи
5. Патанатомія	Визначати патологічні зміни на клінічному рівні
6.Пропедевтика внутрішніх хвороб	Провести клінічну, лабораторну та інструментальну діагностику хворого. Провести фізикальну діагностику тематичного хворого і оцінити зміни лабораторних та функціональних обстежень

## **4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ**

**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:**

<b>№ п/п</b>	<b>Термін</b>	<b>Визначення</b>
1.	Одинофагія	Біль при глотанні та проходженні їжі по стравоходу
2.	Дисфагія	Відчуття утруднення або перешкоджання при

		проходженні їжі по стравоходу
3.	Стравохід Баретта	Кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Етіологія гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.
2. Основні патогенетичні механізми розвитку ГЕРХ.
3. Основні клінічні прояви ГЕРХ
4. Атипові прояви ГЕРХ.
5. Основні критерії діагностики при ГЕРХ.
6. Роль гастроєзофагеального рефлюксу у розвитку езофагіту та стравоходу Барретта.
7. Класифікація ГЕРХ.
8. Клінічні прояви ерозивної ГЕРХ
9. Клінічні прояви неерозивної ГЕРХ
10. Які ускладнення можливі при ГЕРХ
11. Лікування неерозивної ГЕРХ.
12. Лікування ерозивної ГЕРХ.
13. Основні принципи профілактики ГЕРХ

#### **4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті:**

1. Провести клінічне обстеження хворого.
2. Обґрунтувати попередній діагноз хворого.
3. Скласти план додаткового обстеження хворого:
  - І загально клінічні методи;
  - II спеціальні методи;
  - III інструментальні методи.
4. Дати інтерпретацію даних додаткових методів обстеження.
5. Обґрунтувати клінічний діагноз хворого.
6. Скласти план лікування хворого.
7. Скласти план профілактичних заходів

#### **ЗМІСТ ТЕМИ:**

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — хронічне, нерідко *Helicobacter pylori* асоційоване, прогресуюче захворювання, зумовлене порушенням моторики стравоходу і шлунка, періодичним тривалим впливом шлункового або дуоденального вмісту на слизову оболонку стравоходу, а також нервово - трофічними та гуморальними порушеннями, які призводять до розвитку запально - дегенеративних уражень стравоходу.

Згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2013 р № 943

ГЕРХ – це стан, що розвивається, коли рефлюкс вмісту шлунка викликає появу симптомів, що турбують пацієнта, і/або розвиток ускладнень. При цьому найбільш характерними симптомами ГЕРХ є печія та регургітація (відрижка, кисла відрижка), що виникають не менше одного разу на тиждень, а найпоширенішим ускладненням – рефлюкс-езофагіт.

Встановлення діагнозу ГЕРХ найбільш доцільне для більшості пацієнтів з типовими скаргами на печію, у яких не спостерігаються «тривожні ознаки».

При встановленні клінічного діагнозу необхідно визначити ступінь ушкодження стравоходу після ендоскопічної обстеження (А, В, С, D) згідно Лос-Анджелеської класифікації.

## **Патогенез ГЕРХ**

1. Порушення функції антирефлюксного бар'єру відбувається за первинного зниження тонуусу нижнього стравохідного сфінктера (НСС). Тонус НСС може залежити від таких чинників, як рівень мікроциркуляції (він може знижуватися в разі гіпоксії), конституція (що довший черевний сегмент стравоходу, то менший потрібен його тонус для протидії змінам внутрішньочеревного тиску, а що коротший НСС, то більша напруга м'язових волокон потрібна для підтримання фізіологічної спроможності стравохідно-шлункового антирефлюксного переходу).

2. Збільшення кількості епізодів спонтанної релаксації НСС. У виникненні цього чинника головну роль відіграє порушення нервового регулювання тонуусу і моторики нижнього стравохідного сфінктера. Тонус і моторику НСС можуть зменшувати різні речовини та продукти: жир, шоколад, кава, секретин, холецистокінін (панкреозимін),  $\alpha$ -адреноміметики,  $\beta$ -адреноміметики, холінолітики, спазмолітики, нітрати, блокатори кальцієвих каналів, теофілін, допамін, кофеїн, бензодіазепіни, барбітурати, опіати, алкоголь, м'ята перцева, томати, цитрусові. Зниження тонуусу гладеньких м'язів НСС спостерігається також при залізодефіцитній анемії, діабетичній нейропатії, вагітності, у людей з астенічною конституцією та вісцероптозом, при синдромі Гленара.

3. Повна або часткова анатомічна деструктуризація антирефлюксної функції НСС, яка призводить до порушення структури кардіальної частини стравоходу (грижа стравохідного отвору діафрагми, склеродермія, випрямлення кута Гіса).

4. Додаткові чинники патогенезу ГЕРХ: збільшення внутрішньошлункового та внутрішньочеревного тиску (ожиріння, метеоризм, вагітність), сповільнене випорожнення шлунка (пілороспазм, пілоростеноз, гастростаз без стенозу при діабетичній гастропатії тощо), зниження кліренсу стравоходу (хімічного та об'ємного), за рахунок чого збільшується тривалість взаємодії з рефлюксатом, підвищення агресивних властивостей рефлюксату, що містить хлористоводневу кислоту, пепсин, жовчні кислоти, зниження захисних властивостей епітелію слизової оболонки стравоходу (секреція слизу, гідрокарбонатів, простагландинів), домінування чинників агресії над чинниками захисту слизової оболонки стравоходу, неспроможність слизової оболонки стравоходу протидіяти агресивній дії рефлюксату.

Запалення, утворення ерозій та виразок слизової оболонки стравоходу супроводжуються посиленою репарацією епітелію та збільшенням кількості стовбурових клітин. В умовах агресивного рН, запалення, гіпоксії, порушення мікроциркуляції ці клітини можуть диференціюватися в циліндричний епітелій, що є стійкішим до впливу чинників агресії. Таким чином виникає метаплазія епітелію стравоходу, що призводить до розвитку стравоходу Барретта.

Встановлено, що езофагіт при ГЕРХ перебігає тяжче у інфікованих *Helicobacter pylori* (Нр). Особливості будови слизової оболонки кардіального відділу шлунку такі, що Нр часто сприяє запальному процесу в цій ділянці. Разом із тим нині немає переконливих доказів, що Нр зумовлює ГЕРХ.

## **Клініка ГЕРХ**

Характерними типовими симптомами ГЕРХ є *печія та відрижка кислим*

Печія (особливо при фізичному навантаженні, нахилах, лежачому положенні, після їжі) – це відчуття печіння за грудиною, які ірадіює вгору, у напрямку до шиї. Вона з'являється внаслідок довготривалого контакту кислого шлункового вмісту (рН <4) зі слизовою оболонкою стравоходу. ГЕРХ скоріш за все насправді є, коли печія виникає частіше, чим двічі на тиждень, але ГЕРХ не можна виключити і тоді, коли цього симптому немає. Іншими скаргами можуть бути такі: регургітація, відрижка кислим – (відчуття зворотного току шлункового вмісту з утворенням кислого відчуття в роті) або гірким, дисфагія, загрудинний біль, біль в проекції мечеподібного відростку. До поза стравохідних проявів захворювання відносяться: респіраторні (кашель, задишка, напад задухи, пароксизмальне нічне апное, нічні приступи бронхоспазму), отоларингологічні (дисфонія, фарингіт, контактна гранулема, злоякісні ураження горла,

прогресуючий карієс), гастритичні (слюновиділення, швидке насичення, нудота, блювання, одинофагія, здуття живота), кардіальні (біль в грудній клітці, аритмії). Зміни печії на дисфагію у хворого ГЕРХ рахується небезпечною прогностичною ознакою, яка вказує на розвиток стриктури чи малігнізації.

Виходячи з сучасних підходів ГЕРХ слід відносити до захворювань, при яких акцент робиться не на інструментальну або лабораторну діагностику, а в першу чергу, на клініку. При відсутності тривожних симптомів у молодих пацієнтів (до 40 років) при тривалості печії до 5 років, виходячи із сучасних міжнародних рекомендацій, ЕГДС не проводиться і діагноз ГЕРХ повинен бути попередньо виставлений пацієнтові на підставі наявності типових симптомів - печія і / або регургітації.

- Тривожні симптоми, які потребують при ГЕРХ обов'язкової ендоскопії.

- Дисфагія

- Одинофагія

- Втрата ваги

- Шлунково-кишкова кровотеча

- Анемія

- Нудота і блювота

### **Діагностика**

1. Езофагоскопія дає змогу визначити наявність або відсутність симптомів езофагіту (гіперемія, набряклість слизової облонки, зникнення контрастності Z-лінії, зниження характерного блиску слизової облонки стравоходу, поява ерозій стравоходу). Ураження стравохідного епітелію здебільшого мають продовговату форму і спочатку локалізуються переважно на верхівках складок. У разі потреби – для виключення раку та передракових змін стравоходу – проводять біопсію та гістологічне дослідження біоптатів. Показаннями до біопсії є виразкоутворення, стеноз, стравохід Баррета, езофагіт нерефлюксної етіології тощо. При цьому дуже ефективним є застосування хромоендоскопії, яка дає змогу краще виявляти ділянки, з яких необхідно брати біоптати. Також застосовують ендоскопічне дослідження зі збільшенням, яке визначає дрібні патологічні зміни, що погано виявляються або не фіксуються під час звичайної ендоскопії.
2. Внутрішньостравохідний добовий рН-моніторинг (введення в дистальні відділи стравоходу рН-зонда), 48-годинний езофаго-рН-моніторинг за допомогою радіотелеметричної системи «Bravo». Патологічним вважається гастроезофагеальний рефлюкс з кількістю його епізодів більш як 50 за добу та коли сумарна тривалість рефлюксу перевищує 1 год при рН до 4,0 або він триває 4,2% часу за багатогодинного (понад 5 год) моніторингу. Патологічним лужним рефлюксом вважається внутрішньостравохідний з рН > 7,0. Рефлюкс тривалістю менше 5 хвилин не вважається патологічним.
3. Волоконно-оптичний спектрофотометричний внутрішньостравохідний моніторинг білірубину (Bilitec-2000) - єдиний достовірний метод діагностики дуоденогастроезофагеального рефлюксу.
4. Метод внутрішньостравохідної імпедансметрії (дослідження змін електричного опору інтралюмінального вмісту стравоходу) дає можливість реєструвати епізоди рефлюксу незалежно від рН рефлюксату.
5. Рентгеноскопія не дає змогу зафіксувати епізоди рефлюксу. Наявність таких епізодів не підтверджує, а їх відсутність не виключає ГЕРХ.
6. Для вивчення моторики стравоходу, функціонального стану нижнього стравохідного сфінктера застосовується езофагоманометрія (балонна кімографія), при ГЕРХ реєструється зниження його базального тону, збільшення кількості його спонтанних релаксацій.

7. ІПП-тест, який передбачає пробне емпіричне лікування інгібіторами протонної помпи (ІПП) осіб із наявністю печії протягом 7-14 днів. Якщо під впливом такої терапії симптоми зникають, діагностується ГЕРХ. Зазначений метод доцільніше використовувати для хворих молодого і середнього віку та обов'язково за відсутності симптомів тривоги.
8. Тест кислотної перфузії Бернштейна (стравохідний провокаційний тест). В основу дослідження покладена гіперчутливість хеморецепторів слизової стравоходу хворих на ГЕРХ до кислоти. Під час дослідження в порожнину стравоходу по чергову вводять рівні об'єми (60-80 мл зі швидкістю 6-8 мл за хв.) 0,1М розчину соляної кислоти та ізотонічного розчину хлориду натрію. Тест вважається позитивним, якщо під час введення кислоти у пацієнта виникають типові больові симптоми, які зникають (не рецидивують) при введенні в стравохід ізотонічного розчину.
9. Відеокапсулярна ендоскопія, особливо для діагностики стравоходу Барретта.
10. Тест на Нр.

За характером ендоскопічних змін у стравоході :

### **Клінічна класифікація ГЕРХ**

1. Ерозивна ГЕРХ (ендоскопічно позитивний варіант, ГЕРХ з езофагітом).  
 Ступінь езофагіту визначається за міжнародною класифікацією ендоскопічної оцінки (Лос-Анджелес, 1998):
  - ступінь А: одне (або більше) враження менш ніж 5 мм, обмежене одною складкою слизової оболонки стравоходу.
  - ступінь В: одне (або більше) враження слизової оболонки більш ніж 5 мм, обмежене одною складкою стравоходу.
  - ступінь С: одне (або більше) враження слизової оболонки, яке розповсюджується на 2 складки (або більше), але займає менш ніж  $\frac{3}{4}$  кільця стравоходу.
  - ступінь D: одне (або більше) враження слизової оболонки, яке займає, більш ніж  $\frac{3}{4}$  кільця стравоходу.Ускладнення ерозивної ГЕРХ:
  - пептична виразка;
  - кровотеча;
  - стриктура стравоходу.
2. Неерозивна ГЕРХ (ендоскопічно негативний варіант, ГЕРХ без езофагіту).
3. Стравохід Баретта (кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу):
  - А. короткий сегмент стравоходу Баретта – зміщення Z-лінії проксимально від стравохідно-шлункового переходу та/або нерівна Z-лінія з «язиками» циліндричного епітелію менш ніж 3 см;
  - В. довгий сегмент стравоходу Баретта – зміщення Z-лінії проксимально від стравохідно-шлункового переходу та/або нерівна Z-лінія з «язиками» циліндричного епітелію більш ніж 3 см;
4. За характером клінічних проявів :
  1. Типовий рефлюксний синдром
  2. Синдром за грудінного рефлюксного болю
  3. Екстраезофагеальні прояви ГЕРХ :
5. З встановленою причиною :
  - хронічний кашель
  - рефлюкс - ларингіт
  - астма
  - ушкодження зубної емалі

6. З передбаченим зв'язком:
- фарингіт
  - синусит
  - рецидивуючий серединний отит
  - ідіопатичний фіброз легенів

## 7. Рефрактерна ГЕРХ

### Алгоритм диференційної діагностики

Диференційна діагностика ГЕРХ проводиться з метою довести наявність даного захворювання, виключити інші захворювання, які можуть супроводжуватися подібними скаргами, а саме:

- ішемічну хворобу серця, оскільки це захворювання вимагає негайного початку лікування;
- інфекційний або медикаментозний (або викликаний дією різних подразнюючих речовин) езофагіт;
- виразкову хворобу;
- диспепсію;
- жовчну кольку;
- порушення моторики (рухової активності) стравоходу.

### Диференційний діагноз.

Захворювання	Стенокардія	ГЕРХ
Спільне	Біль за грудиною	
Тривалість болю	Короткочасна	Більш тривала
Біль провокується	Фізичним навантаженням, психоемоційним напруженням	Зміною положення тіла (більший у горизонтальному положенні, а менший – у вертикальному)
Зв'язок болю із вживанням їжі	Не характерна	Характерна
Ефект нітрогліцерину	Позитивний	Негативний
Ефект антацидів та лужних мінеральних вод	Негативний	Позитивний
Задишка	Характерна	Не характерна
Диспепсичні скарги	Не характерні	Характерні (печія, відрижка)
Підтверджують діагноз дослідження	Електрокардіографічні, насамперед добовий моніторинг та при ЕКГ дозованому фізичному навантаженні	Езофагоскопія, рН-моніторинг, рентгеноскопія, тест кислотної перфузії Бернштейна

Захворювання	Бронхіальна астма	ГЕРХ
Спільне	Ознаки бронхообструкції, кашель	
Початок астми	Ранній	Пізній
Алергологічний анамнез	Обтяжений	Не обтяжений
Посилення проявів	Пов'язане з переохолодженням, контактом з алергеном, фізичним, психоемоційним	Після вживання їжі, в горизонтальному положенні,

	перенапруженням	після фізичного навантаження, в нічний час
Ефективність лікування	Бронходилататорами, глюкокортикостероїдами	Антацидами, антисекреторними препаратами
Диспепсичні скарги	Не характерні	Характерні
Підтверджують діагноз дослідження	Алергологічні проби, провокаційні проби, бронхоскопія, пікфлоуметрія, функціональні фармакологічні проби	Езофагоскопія, рН-моніторинг, рентгеноскопія, тест кислотної перфузії Бернштейна

Захворювання	Виразкова хвороба 12 п.к.	ГЕРХ
Спільне	Болі в епігастральній ділянці	
Залежність від положення тіла	Не характерна	Характерна
Залежність від прийому їжі	Покращання	Погіршення
Періодичність болей	Характерна	Не характерна
Фізикальне обстеження	Болючість в пілорододенальній зоні	Без особливостей
ФЕГДС	Дефект слизової цибулини 12 п.к.	Можливі ознаки езофагіту
Рентгеноскопія ШКТ	Симптом «ніші», симптом «вказуючого пальця»	Стриктура, виразка стравоходу, недостатність нижнього стравохідного сфінктеру

Прояви з боку систем організму, які мають враховуватись при встановленні діагнозу ГЕРХ

Стравохідні:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• печія</li> <li>• регургітація, відрижка (кислим, гірким або їжею)</li> <li>• нудота</li> <li>• дисфагія або одиофагія</li> <li>• відчуття підвищеної кількості рідини в роті</li> <li>• епігастральні болі</li> <li>• порушення сну, пов'язані з болем або печією</li> </ul>
Кардіальні:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• епігастральні болі в лівій половині грудної клітини</li> <li>• порушення серцевого ритму</li> </ul>
Бронхолегеневі:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• хронічний кашель</li> <li>• рецидивуючі (аспіраційні) пневмонії</li> <li>• бронхіальна астма («неалергічна»)</li> </ul>
Ларингофарингеальні:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• охриплість, ларингіт, фарингіт</li> <li>• риніти</li> <li>• біль, почервоніння в горлі</li> </ul>
Стоматологічні:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• карієс, ураження зубної емалі</li> <li>• дентальні ерозії</li> <li>• неприємний запах з рота</li> </ul>



Одним із методів диференційної діагностики, що підтверджують наявність кислотозалежного захворювання (ГЕРХ) є позитивні результати проведення одного з тестів:

- з альгінатами/антацидами (одноразовий прийом лікарського засобу що містить альгінат або антацид в стандартній дозі; якщо печія зникає або значно зменшується – тест позитивний, етіологія печії – рефлюкс; якщо печія зберігається – тест негативний, етіологія печії інша)
- ППП-тест (пробне призначення ППП в стандартній дозі протягом 7 днів).

**Лікування ГЕРХ** передбачає: зміну способу життя та харчових звичок; фармакотерапію; оперативне лікування.

**Загальнолікувальні заходи:**

- уникнення горизонтального положення під час сну (підняття головного кінця ліжка на 15 см);
- відмова від паління і зловживання алкоголем;
- зниження маси тіла;
- відмова від носіння корсетів, бандажів, тугих поясів, що збільшують внутрішньочеревний тиск;
- активна боротьба з кашлем;
- виключення підняття більше 8-10 кг;
- обмеження робіт, пов'язаних із нахилом тулуба, з перенатуженням черевних м'язів.

**Дієтичні рекомендації:**

- рекомендується 4-5-разове регулярне харчування невеликими порціями;
- виключення переїдання;
- прийом їжі не менш ніж за 3 години до сну, після їди бажано не лежати протягом щонайменше 1,5 години;
- відмова від «під'їдання» вночі, горизонтального положення одразу після їди;
- уникнення поспішного вживання їжі;
- обмеження продуктів, що знижують тонус стравохідного сфінктера (кава, міцний чай, шоколад, м'ята, молоко, жирне м'ясо та риба);
- уникання продуктів, що подразнюють слизову оболонку стравоходу (цитрусові, цибуля, часник, томати, смажені страви);
- обмеження продуктів, що підвищують внутрішньошлунковий тиск, стимулюють кислотоутворюючу функцію шлунка (пиво, шампанське, газовані мінеральні води, бобові);
- бажано підвищене вживання білка, який, на відміну від жиру, підвищує тонус сфінктера.

Бажано виключити фармакологічні засоби, які знижують тонус НСС (спазмолітичні, холінолітичні, адреноміметичні, метилксантини, прогестерон, антидепресанти, снодійні, опіати, нітрати, антагоністи кальцію, м'яту), а також самі можуть спричинити запалення в слизовій оболонці шлунка і стравоходу (нестероїдні протизапальні препарати, доксациклін, хінідин).

**Фармакотерапія ГЕРХ**

**Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):**

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол;
2. Антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну:квamatел, фамотидин;
3. Стимулятори перистальтики: домперидон, мосаприд, ітоприд;
4. Антациди: алюмінію гідрооксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію;
5. Альгінати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат;
6. Препарати жовчних кислот: кислота урсодезоксихолева;
7. Антибактеріальні препарати, що застосовуються для ерадикації H.pylori: амоксицилін, кларитроміцин, метронідазол, тетрациклін, левофлосаксин;
8. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат;
9. Ентеросорбенти: вугілля медичне активоване, діосмектит, гідрогель метилкремнієвої кислоти.

1. Стандартом стартового лікування хворих на ГЕРХ є застосування ППП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол). У лікуванні ГЕРХ застосовують так зване правило Белла: для ефективного усунення симптомів ГЕРХ та лікування запально-ерозивних змін стравохідного епітелію необхідно підтримувати рівень рН у стравоході вище 4,0 протягом не менше 16 годин на добу. Основний курс терапії ГЕРХ (у стандартних дозах ППП) становить не менше 4-8 тижнів у дозах для омепразолу – 20 мг 2 р/д, лансопразолу – 30 мг 2 р/д, пантопразолу – 40 мг 1 р/д, езомепразолу – 40 мг 1 р/д, рабепразолу – 20 мг 1 р/д, хоча можуть застосовуватися й інші, індивідуально підібрані дози ППП. За потреби (рецидив чи його загроза) термін лікування може бути збільшено з подальшим призначенням ППП «за потребою» (on demand терапія).

2. Блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну (квamatел, фамотидін, «Нізатидін») сьогодні в лікуванні ГЕРХ практично не застосовують. Комбіноване застосування блокаторів H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну та інгібіторів Н+/К+-АТФази може бути виправдане за наявності патологічного нічного гастроєзофагеального рефлюксу, резистентного до монотерапії ППП.

3. Прокінетики — фармакологічні препарати, які на різних рівнях і за допомогою різних механізмів змінюють пропульсивну активність травного каналу та прискорюють транзит харчового болюса по ньому (метоклопрамід («Церукал»), домперидон («Мотиліум»). Прокінетики показані при супутньому дуоденогастральному рефлюксі для усунення потрапляння жовчі в стравохід, при килі стравохідного отвору діафрагми, виявленій недостатності кардіальної розетки, позастравохідних проявах ГЕРХ, а також при наявності функціональної диспепсії.

4. Антациди створюють захисний шар зі сполук алюмінію гідроксиду чи кремнію, який є непроникним для водневих іонів і пепсину на поверхні слизової оболонки. Використовують антациди, що не всмоктуються, I (фосфалюгель), II (маалокс, мегалак) та III (топалкан, топаал) покоління. Перевага надається антацидам III покоління (алюмінієво-магнієві з алгіновою кислотою). За рахунок піноутворення збільшується часова експозиція препарату та забезпечується флотація антациду над шлунковим вмістом. Під час рефлюксу легка фаза препарату, потрапляючи першою в стравохід, створює потрібне рН. У лікуванні ГЕРХ антациди призначають 3-4 рази на добу протягом 1-2 тижня через 1-1,5 години після їди на висоті гастроєзофагеального рефлюксу або у вигляді лікування «за потребою».

5. Для підвищення захисних властивостей слизової оболонки стравоходу рекомендують використовувати сукральфат («Вентер») по 1 г 3 рази на добу, а також перед сном. Доведено, що він прискорює гоєння ерозій слизової оболонки стравоходу та запобігає рецидивам хвороби.

6. За даними міжнародного консенсусу Маастрихт-3 2005 р., встановлено позитивну роль ерадикації Hр при ГЕРХ.

7. При наявності дуоденогастроєзофагеального рефлюксу багато авторів також рекомендують використовувати урсодезоксихолеву кислоту (урсофальк, урсосан, урсохол, медулак) протягом тривалого часу у невеликих дозах (зазвичай 1 капсула на добу).

8. Якщо ГЕРХ виникла на фоні психоемоційних розладів, замість прокінетиків рекомендують призначати сульпірид (еглоніл) у добовій дозі 100-200 мг/д, який також характеризується незначною прокінетичною активністю, але здебільшого усуває або зменшує невротичні та депресивні розлади.

#### Хірургічне антирефлюксне лікування.

##### Показання:

- наявність грижі стравохідного отвору діафрагми;
- довжина НСС менш ніж 3 см із переважно грудним його розташуванням;
- гіпо-, акінетичний тип порушення моторики стравоходу;
- наявність позастравохідних симптомів захворювання.

Найефективною вважається фундоплікація за Ніссеном, однак і цей метод лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби не гарантує одужання. Останнім часом у світі широко застосовують лапароскопічну фундоплікацію, перевага якої полягає у відсутності розрізу та швидкому відновленню здоров'я хворих після операції.

Пацієнти з ГЕРХ можуть направлятися на санаторне лікування в місцевості з природними гідрокарбонатно-натрієвими мінеральними водами (Поляна Квасова, Моршин, Мізунь).

**Профілактика.** Мета вторинної профілактики ГЕРХ: зниження частоти рецидивів, запобігання прогресуванню хвороби та її ускладненням.

Вторинна профілактика гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби передбачає такі заходи: диспансерне спостереження за всіма хворими на ГЕРХ із езофагітом; використання терапії «на вимогу» для профілактики загострень; вчасна адекватна антисекреторна й антирефлюксна фармакотерапія в разі загострення ГЕРХ; запобігання розвитку стравоходу Барретта; запобігання розвитку раку при стравоході Барретта; вчасне хірургічне лікування.

Критерієм успішної вторинної профілактики є зменшення частоти загострень хвороби, відсутність прогресування і розвитку ускладнень езофагіту, а також зниження ступеня його тяжкості.

### **Сучасні підходи до діагностики та лікування стравоходу Барретта (СБ)**

СБ - захворювання, при якому нормальний плоский епітелій вистилає дистальний відділ стравоходу, піддається метаплазії в циліндричний залозистий епітелій кишкового типу. СБ розглядається як ускладнення довгострокового перебігу ГЕРХ, що виникає внаслідок тривалої дії пошкоджуючих факторів (кислота, жовч) на слизову оболонку стравоходу і проліферації її підслизових залоз.

СБ є облігатним передраком стравоходу. Діагноз ставиться на підставі даних верхньої ендоскопії з біопсією і подальшого гістологічного дослідження, що підтверджує наявність в біоптатах спеціалізованої кишкової метаплазії. Лікування і ведення хворих з СБ включає в себе тривалу антисекреторну терапію за допомогою ІПП, ендоскопічне спостереження з біопсією, мультиполярну електрокоагуляцію зміненої слизової, лазерну деструкцію і коагуляцію аргонною плазмою, ендоскопічну резекцію слизової в комбінації з високими дозами антисекреторних засобів, резекцію стравоходу.

### **МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

#### **ТЕСТИ:**

1. Поняття „гастроєзофагеальна рефлексна хвороба” включає в себе наступні стани, крім:
  - а) недостатність кардії;
  - б) гастро – езофагеальний рефлюкс;
  - в) ахалазія кардії;
  - г) хронічний езофагіт.
2. Не є діагностичним критерієм гастро-езофагеального рефлюксу:
  - а) зниження тиску в ділянці нижнього стравохідного сфінктера;
  - б) закид барію з шлунка в стравохід при рентгенологічному дослідженні;
  - в) грижа стравохідного отвору діафрагми;
  - г) дифузний спазм дистального відділу стравоходу ендоскопічно, рентгенологічно.
3. Клінічний симптом, не властивий ахалазії кардії:
  - а) дисфагія;
  - б) печія;
  - в) регургітація;
  - г) за груди́нний біль.
4. Основними клінічними симптомами рефлюкс – езофагіту є наступні, окрім:
  - а) за груди́нний біль;
  - б) підвищена спрага;
  - в) відригання їжею, кислим чи повітрям;

- г) печія.
5. Препарат, який не є прокінетиком:
- а) церукал;
  - б) бускопан;
  - в) мотиліум;
  - г) цизапрід.
6. При хронічному езофагіті не призначаються:
- а) прокінетики і блокатори H<sub>2</sub> – гістамінорецепторів;
  - б) прокінетики та інгібітори протонної помпи;
  - в) прокінетики і антациди;
  - г) прокінетики і холінолітики.

### ЗАДАЧА №1

Чоловік 40 років скаржиться на гострий нападоподібний біль за грудиною, який посилюється при швидкій ході, нахилах тіла, печія. При проведенні ФЕГДС змін не виявлено.

1. Ваш попередній діагноз;
2. Призначте обстеження та лікування

Еталони відповіді: б, г, б, б, б, г

Попередній діагноз: Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

1. План обстеження включає, крім загально клінічних методів, додаткові: внутрішньостравохідний добовий рН-моніторинг, внутрішньо стравохідна імпедансметрія, рентгеноскопія ШКТ, ЕГДС, рабепразоловий тест, тест Бернштейна
2. Лікування необхідно розпочати з ІПП: Барол 20 мг\*2 р.д. за 20 хвилин до їжі. При неефективності – комбінація з антацидами, прокінетиками.

### **РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.**

#### ***Основна.***

- 1.Передерий В.Г., Ткач С.М. Основы внутренней медицины : учеб. для студ. высш. мед. учеб. заведений IV уровня аккредитации, врачей-интернов, врачей общ. практики: [в 3-х т.] / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. - К. ; Вінниця : Н. Кн., 2009 – 2794с .
- 2.Передерий В.Г., Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей .- Винница:СПД Каштелянов А.И.,2011.-776 с.:ил.
- 3.Видадь Визит. Справочник «гастроэнтерология» М.:Видадь Рус,2016 г.304 с.
- 4.В.Харченко Классификации заболеваний органов пищеварения. Киев,2015.-54 с.
- 5.Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи /сост. А.С.Дементьев, И.Р.Манеров, С.Ю.Кочетков, Е.Ю.Чепанова.-М.:ГЭОТАР - медиа,2016.-384 с.
- 6.Современные классификации и стандарты лечения распространенных заболеваний внутренних органов / под ред. проф. Ю.М.Мостового. – 16 изд., доп. и перераб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2015 – 679 с.

7. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. - Киев.2007
- 8.Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / Сек.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, Ы.В.Маэва, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.
- 9.Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения. – К: Демос, 2004. – 321 с.
- 10.Основи внутрішньої медицини. Посібник для студентів IV та V курсів медичного факультету: навч. посіб. / [М.І. Швед, Н.В. Пасечко, А.О. Боб та ін.]; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль: ТДМУ, 2013. – 828 с.
- 11.Драгомирецкая Н.В. Эволюция в понимании патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и путей совершенствования ее терапии / Н.В. Драгомирецкая // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 3(89). – С. 81-88.

**Додаткова:**

1. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения /под ред. Проф. О.Я.Бабака, Н.В.Харченко // «Справочник врача Гастроэнтеролог». – 2-ое изд., перераб. и дополнен. – К.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2007. – 308 с. – (Серия «Бібліотека «Здоров'я України»)
2. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицинское информационное агенство, 2004. – 768 с.
3. В.Г. Передерий, С.М.Ткач, Ю.Г.Кузенко, С.В.Скопченко. Кислотозависимые заболевания. Современные подходы к диагностике, лечению и ведению больных с ГЭРБ, пептическими язвами, НПВП-гастропатиями, функциональной диспепсией и другими гиперсекреторными состояниями. – Киев, 2008. – 425 с.
4. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
5. Наказ МОЗ України від 31.10.2013 р. № 943 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів із стандартизації медичної допомоги при ГЕРХ»
- 6.Гриневич В.Б., Саблин О.А., Богданов И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Баррета. – СПб. – 2001. – 29 с.
7. Ткач С.М.,Дорофеев А.Э. Эволюция лечения кислотозависимой патологии //Гастроентерологія-2015.-№4 (58).-С.94-100.
- 8.Акопян А.Н., Бельмер С. В., Выхристюк О.Ф. Гастроэзофагеальный рефлюкс и нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Педиатрия. Гастроэнтерология. 2014; 11(99):45-49.
- 9.Звягинцева Т.Д.,Шаргород И.И.Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и щелочной рефлюкс:механизмы развития и тактика лечения//Гастроентерологія-2016.-№4 (62).-С.21-25.
- 10.Драгомирецкая Н.В. Эволюция в понимании патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и путей совершенствования ее терапии / Н.В. Драгомирецкая // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 3(89). – С. 81-88.

**Методичну розробку підготувала**

**к.мед.н., доцент Третьак Н.Г.**

## ДИСПЕПСІЯ

### 1. Актуальність теми

Dyspepsia functionally (синоніми: неорганічна диспепсія, ідіопатична диспепсія, есенціальна диспепсія, синдром подразненого шлунка, шлункова диспепсія (ШД), невиразкова диспепсія).

**Диспепсія** — будь-який абдомінальний або ретростернальний біль, дискомфорт, печія, нудота, блювота або інші прояви, що вказують на зацікавленість верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, чітко не пов'язані з фізичним навантаженням та іншими захворюваннями і тривають не менше 4 тижнів.

**Диспепсія** — епізодичні або постійні абдомінальні симптоми, що часто мають зв'язок із режимом і характером харчування та дозволяють лікарю або самому пацієнту запідозрити розлад у проксимальних відділах шлунково-кишкового тракту.

**ДИСПЕПСІЯ** — наявність абдомінального болю або дискомфорту у верхній частині живота, який може супроводжуватися іншими симптомами (нудота, відчуття насичення і переповнення) і бути або не бути пов'язаний з прийомами їжі. При існуванні таких ознак більше 3-х місяців може застосовуватися термін «хронічна диспепсія».

### *Рекомендації OMGE (Всесвітньої гастроентерологічної організації)*

Численними дослідженнями, проведеними в країнах Західної Європи і Північної Америки, доведено, що диспепсія є найчастішим проявом гастроентерологічної патології. Вона зустрічається приблизно у 20-40 відсотків дорослого населення розвинених країн. Так, наприклад, у Швеції діагноз «невиразкова диспепсія» є четвертим по частоті діагнозом, що встановлюється лікарями загальної практики при первинному огляді. Соціальна значимість даної проблеми полягає також у тому, що на не виразкову диспепсію значно частіше страждають люди молодого віку.

### 2. Конкретні цілі.

Студент повинен знати:

- Епідеміологію, етіопатогенез і патоморфологію шлункової диспепсії;
- Пояснити роль Н.рylogi у виникненні гастродуоденальної патології,
- Проаналізувати механізми виникнення різних варіантів шлункової диспепсії
- Тракувати основні клінічні синдроми;
- Діагностичні можливості додаткових методів дослідження: лабораторних, ФГС, рентгенологічних, ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії).
- Класифікацію;
- Принципи диференціального діагнозу шлункової диспепсії з органічною патологією;
- Сучасний підхід до лікування функціональної диспепсії,
- Первинна і вторинна профілактика.
- Прогноз і працездатність,
- Показання і протипоказання, порядок направлення на санаторно-курортне лікування.

### 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

№	Назви попередніх дисциплін	Отриманні навички
1	Анатомія	Анатомічні особливості будови шлунка
2	Фізіологія	Фізіологічні особливості шлунка
3	Патофізіологія	Етіологія і патогенез, патоморфологія ШД
4	Пропедевтика внутрішніх хвороб	Симптоматологія ШД. Клінічні варіанти перебігу. Володіння методами обстеження хворого з ШД. Зміни результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
5	Фармакологія	Принципи лікування ШД, рецептура

#### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

№	Термін	Визначення
1	Dyspepsia	Dys- розлад, persia - травлення
2	Дуодено-гастральний рефлюкс	Проникнення в порожнину шлунка дуоденального вмісту
3	H. pylori	Спіралеподібна грам-негативна бактерія, яка інфікує різні ділянки шлунка і 12-палої кишки
4	Гастропарез	Уповільнене перетравлення їжі в шлунку та його вивільнення
5	Хромоендоскопія шлунку	Йодне забарвлення за допомогою 3-5% розчину Люголя

#### 4.2 Теоретичні питання до заняття

- 1/ Визначення шлункової диспепсії.
- 2/ Етіологія і патогенез хронічної ШД
- 3/ Основні клінічні ознаки ШД
- 4/ Класифікація
- 5/ Особливості клінічного перебігу
- 6/ Діагностика
- 7/ Диференційна діагностика
- 8/ Ускладнення
- 9/ Основні принципи дієтотерапії
- 10/ Диференційоване лікування. Випишіть рецепти
- 11/ Санаторно-курортне лікування, профілактика
- 12/ Медико-соціальна експертиза, питання працевлаштування

#### 4.3 Практичні завдання, які виконуються на занятті

Студент повинен вміти

- цілеспрямовано зібрати скарги і анамнез у хворого;
- провести обстеження, виявити і дати оцінку змінам в його стані;
- сформулювати попередній діагноз
- скласти план додаткових обстежень і оцінити його результати.
- дати оцінку лабораторним і інструментальним методам дослідження.
- Скласти схему диференційованого діагнозу
- сформулювати обґрунтований клінічний діагноз згідно вимогам сучасної класифікації
- скласти план лікування в залежності від варіанту перебігу ШД
- призначити відновлювальне лікування на різних етапах реабілітації
- визначити тактику вирішення питань медико-соціальної експертизи, працевлаштування, профілактики

Зміст теми

**Етіологія.** Найчастішою причиною виникнення функціональних захворювань є неврози, які розвиваються переважно в осіб з попередніми афективними розладами, спричинені психічними травмами, конфліктними ситуаціями, систематичним перенапруженням центральної нервової системи, шкідливі звички (вживання алкоголю, куріння). В останні роки обговорюється можливий зв'язок симптомів з інфікуванням слизової оболонки шлунка H. pylori. За деякими спостереженнями функціональна диспепсія тільки в 28-40% поєднується з хронічним гастритом асоційованим з H. pylori. А питання ролі в розвитку порушень моторики шлунку є суперечним. Незважаючи на велику різноманітність клінічних проявів функціональних захворювань органів травлення можна виділити такі характерні ознаки їх, як:

- 1) відсутність органічної основи
- 2) більш значні порушення рухової функції порівняно з секреторною
- 3) нетиповість клінічних проявів функціональних захворювань для жодного органічного захворювання
- 4) психічні травми, конфліктні ситуації
- 5) акцентуований склад особистості, який сприяє розвитку неврозу
- 6) наявність у хворого неврозу чи прихованого психічного розладу.

### **Патогенез.**

В останні роки були уточнені і доповнені патогенетичні особливості функціональних захворювань органів травлення. При функціональній диспепсії провідну патогенетичну роль у разі її виразкоподібного варіанту відіграє не гіперсекреція соляної кислоти, як це уявлялося раніше, а збільшення часу контакту кислого вмісту шлункового соку зі слизовою оболонкою шлунка і дванадцятипалої кишки гіперчутливість її хеморецепторів із формуванням неадекватної відповіді. Диспепсичні розлади можуть бути викликані нервово-психічними стресами (втрата роботи, розлучення). Найбільше значення у виникненні диспепсичних розладів у таких хворих мають порушення моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, що спостерігаються в 75% пацієнтів. У забезпеченні нормальної евакуаторної функції шлунка важливе значення має антродуоденальна координація – синхронізація перистальтики антрального відділу шлунка з відкриттям пілоричного сфінктера (гастропарез, розлади релаксації шлунка, порушення циклічної активності шлунка в між травному періоді, дуоденогастральний рефлюкс).

В основі синдрому диспепсії лежать різні види порушень гастродуоденальної моторики, такі як:

- послаблення моторики антрального відділу шлунка (гастропарез);
- шлуночкові дисритмії – розлади ритму шлуночкової перистальтики (тахігастрія, антральна фібриляція, брадикастрія);
- порушення антропокардіальної та антродуоденальної координації;
- дуодено-гастральний рефлюкс;
- порушення акомодатії шлунка (здібності проксимального відділу до розслаблення);
- підвищена чутливість рецепторного апарату стінок шлунка до розтягнення (вісцеральна гіперчутливість);
- інфекція *H. pylori* у осіб без видимих морфологічних ознак гастрита (доказано, що *H. pylori* послабляє моторику шлунка, що виникає при участі цитокінів – IL-11, IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ ).

### **Класифікація**

Загальновизнаної класифікації функціональних розладів немає. Найчастіше виділяють первинні та вторинні функціональні розлади, останні треба розглядати не як самостійні одиниці, а як прояви основного органічного захворювання, які іноді можуть бути його першими симптомами. Вторинні функціональні розлади органів травлення спостерігаються при багатьох захворюваннях

- центральної та периферичної нервової системи (енцефаліт, гіпоталамічний синдром, пухлини мозку, радикуліт)
- ендокринної системи та обміну речовин (гіпотиреоз, гіпертиреоз, цукровий діабет)
- алергічних недугах
- захворюваннях серця та судин (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба)
- психічних захворюваннях (шизофренія, циклотимія)

До первинних функціональних захворювань органів травлення належать такі:

- обумовлені неврозами та неврозоподібними станами, вегетативною дисфункцією, психічними захворюваннями
- функціональні розлади органів травлення з невстановленою етіологією.



Пацієнти, що мають диспепсичні скарги, можуть бути поділені на 2 категорії:

1. Хворі з певними органічними або метаболічними причинами, які могли б пояснити появу цих симптомів. Скажімо, якщо стан хворого поліпшується або хворобу виліковано, скарги також мають редукуватися чи зникати (пептична виразка, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба з або без езофагіту, онкопатологія, ураження панкреатодуоденальної ділянки або ятрогенія).

2. Пацієнти, що не мають причин щодо пояснення їхніх скарг. Деякі з пацієнтів мають патофізіологічні або мікробіологічні порушення невизначеної клінічної значущості (гастрит, асоційований з *Helicobacter pylori*), але не можуть пояснити появу диспепсичних скарг. Інші хворі мають моторну або сенсорну дисфункцію (порушення спорожнення шлунка, фундальна дисакомодація або гастродуоденальна гіперчутливість), що також не є значущою. Ідіопатичну диспепсію кваліфікували як невиразкову, есенціальну, ідіопатичну або ФД.

Таким чином, залежно від причин, що викликають появу диспепсичних скарг, виділяють **органічну і функціональну диспепсію**.

## ВИДИ ДИСПЕПСІЇ

Органічна (симптоматична)	Функціональна (невиразкова)
Пептична виразка	Дисмоторна
Пухлини шлунка	Рефлюксна
Рефлюкс-езофагіт	Виразкоподібна
Панкреатит	Невизначена (ідіопатична, змішана)
Біліарна патологія	
Діафрагмальна грижа	
Медикаментозна	

Під поняттям **функціональна диспепсія (ФД)** розуміють наявність симптомів, що з'являються у гастродуоденальній ділянці без будь-яких органічних, системних або метаболічних порушень, котрі могли б пояснити ці скарги.

**Функціональна диспепсія є діагнозом винятку. Існує правило, по якому диспепсія вважається органічною доти, поки не доведено зворотнє.**

### Невиразкова диспепсія

Невиразкова диспепсія проявляється скаргами, характерними для виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Але при невиразковій диспепсії при ендоскопічному дослідженні та рентгенографії не знаходять ознак виразкової хвороби.

### Основні симптоми диспепсії

- Печія - відчуття пекучого болю за грудиною або в епігастрії, яке розповсюджується знизу вгору.

- Нудота – відчуття наближення блювання, часом з відчуттям тиснення в епігастрії

- Відрижка – часто спостерігається при підвищеному відчутті тривоги. Безпосередньою причиною відрижки є заковтування повітря (або аерофагія), може супроводжуватися збільшеним слиновиділенням.

- Неприємні відчуття (навіть біль) у верхніх відділах живота і нижніх відділах грудної клітини.

- Відчуття перенаповнення в шлунку або важкість в епігастрії.

- Метеоризм- відчуття розпирання живота, яке визвано надмірним газоутворенням.

Для функціональної диспепсії характерні три ознаки (за Римськими (III) діагностичними критеріями):

- постійна або рецидивуюча диспепсія (біль або дискомфорт, в епігастрії по середній лінії), тривалість якої не менше 12 тижнів за останні 12 місяців (між загостреннями можуть бути світлі проміжки);

- відсутність доказаного органічного захворювання, підтверджене анамнезом, ендоскопічним обстеженням верхніх відділів ШКТ, УЗІ органів черевної порожнини;

Поставити діагноз можливо тільки при виключенні захворювань з аналогічною клінічною картиною, особливо так званих «симптомів тривоги» (лихоманка, домішки крові в калі, анемія, прискорена ШОЕ, немотивоване схуднення).

#### **Клінічна картина**

1. Загальні неврологічні прояви – безсоння, мігрень, роздратованість, поганий настрій.

2. Спеціальні (гастритичні), які залежать від варіанту диспепсії

Виразкоподібний варіант: характеризується періодичними болями в епігастрії помірної інтенсивності, як правило, без ірадіації, виникають натщесерце (голодні болі) або вночі (нічні болі), проходять після вживання їжі і/або антацидів.

Дисмоторний варіант : Характеризується відчуттям раннього насичення, важкості, перенаповнення, здуття в епігастрії; відчуття дискомфорту після їжі; нудоту, часом блювоту; зниження апетиту.

Неспецифічний варіант : мають місце різні ознаки, які важко віднести до того чи іншого варіанту. Можливе поєднання різних варіантів у одного хворого.

#### **Діагностика**

**Діагностичні критерії функціональних гастродуоденальних розладів**  
(Римські критерії III, 2006 р.)

---

##### **В1. Діагностичні критерії\* для ФД**

*повинні містити:*

1) один або більше з наведених нижче критеріїв:

а) неприємне постпрандіальне переповнення;

б) швидке перенасичення;

в) епігастральний біль;

г) епігастральне печіння.

2) брак даних щодо органічної патології (в тому числі результатів верхньої ендоскопії), які могли б пояснити генез скарг.

*\* Критерії відповідають вимогам, якщо скарги "активні" протягом останніх 3 міс з початком захворювання щонайменше 6 міс.*

---

##### **В1а. Діагностичні критерії\* для постпрандіального дистрес-синдрому**

*повинні містити:*

один або більше з наведених нижче критеріїв:

1) неприємне постпрандіальне переповнення після прийому звичайної кількості їди кілька разів на тиждень;

2) швидке перенасичення, що випереджає закінчення регулярного прийому їжі кілька разів на тиждень.

*\* Критерії відповідають вимогам, якщо скарги "активні" протягом останніх 3 міс з початком захворювання щонайменше 6 міс.*

*Підтверджувальні критерії:*

1) можливі здуття живота у верхній ділянці живота або постпрандіальна нудота, або значна відрижка;

2) можливе співіснування з епігастральним больовим синдромом (ЕБС.)

---

##### **В1б. Діагностичні критерії\* для епігастрального больового синдрому**

повинні містити всі з наведених нижче критеріїв:

1) біль або відчуття жару в надчеревній ділянці має помірний характер та з'являється раз на тиждень;

2) біль нерегулярний;

3) біль не генералізується та не локалізується в інших ділянках живота або грудної клітки;

- 4) біль не зменшується після дефекації та відходження газів;
- 5) не виконуються критерії для функціональних захворювань жовчного міхура та сфінктера Одді.
- Критерії відповідають вимогам, якщо скарги "активні" протягом останніх 3 міс з початком захворювання щонайменше 6 міс.
- Підтверджувальні критерії:
  - 1) біль може мати гострий характер, але без ретростернального компоненту;
  - 2) найчастіше їда індукує або зменшує біль, але біль може з'явитися й натще;
  - 3) можливе співіснування з ПДС.

### Діагностика пацієнтів з недослідженою диспепсією.

Доказова медицина пропонує 6-крокову стратегію дій на первинній ланці медичної допомоги, якщо діагностували диспепсію вперше.

1. Зібрати клінічні докази того, що ці відчуття виникають у верхній ділянці шлунковокишкового тракту.

2. Вилучити симптоми тривоги (незрозуміле схуднення, повторне блювання, прогресуюча дисфагія, гастроінтестинальна кровотеча), котрі не дуже поширені в лікарняній практиці і не є нечітким предиктором органічного ураження, але в разі їх належить провести додаткове обстеження для заперечення серйозної патології.

3. Не приймати аспірин або інші нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ).

4. За наявності типових симптомів рефлюксу треба попередусім перевірити на ГЕРХ. Терапевт має емпірично призначити інгібітор протонної помпи (ІПП) пацієнту, котрий скаржиться на печію, але при цьому взяти до уваги, що ці ліки можуть бути менш ефективні при ФД без печії. Якщо вияви ПДС або ЕБС не зменшуються на тлі адекватного лікування ІПП, захворювання навряд чи можна пояснити ГЕРХ.

5. Неінвазивне тестування інфекції *H. pylori* та її ерадикація (метод "test and treat") — економічно доцільна стратегія, що дає змогу зменшити потребу в ендоскопіях. Цю стратегію можна запропонувати тим хворим, що не мають симптомів тривоги. Метод "test and treat", рекомендований як стратегічний, може сприятивилікуванню більшості хворих з пептичною хворобою та запобігти розвитку гастродуоденальної патології в майбутньому, хоча більшість інфікованих пацієнтів із ФД не помічають поліпшення самопочуття після успішної ерадикації. У такому разі наступним логічним кроком буде призначення ІПП.

6. Невідкладна ендоскопія рекомендована пацієнтам із симптомами тривоги або людям віком старше 45 років. *H. pylori* тестування у процесі ендоскопії у "*H. pylori*-позитивних" пацієнтів не виправдовує співвідношення "затрати-ефект". Більшість пацієнтів з *H. pylori*-негативними результатами тестування потребують проведення ендоскопії через симптоми тривоги або вік.

При постановці діагнозу функціональної диспепсії необхідно обов'язково звертати увагу на наявність так званих **симптомів тривоги** (alarm symptoms) або "**червоних прапорів**" (red flags), виявлення яких виключає діагноз функціональної диспепсії й вимагає проведення ретельного діагностичного пошуку з метою виявлення більш серйозного органічного захворювання.

**Симптомами тривоги у хворих із синдромом диспепсії є:** лихоманка; прогресуюча дисфагія; гастроінтестинальна кровотеча; невмотивоване схуднення; анемія; лейкоцитоз; прискорення ШОЕ; симптоми диспепсії, що вперше виникли у віці старше 45 років.

Найбільш ефективною діагностичною методикою для проведення диференційної діагностики між ФД та іншими органічними захворюваннями по праву вважається езофагогастродуоденоскопія (ЕФГДС). Рекомендовано біопсію ввести в рутинну практику в процесі проведення ендоскопії та з метою діагностики інфекції *H. pylori*. Всім інфікованим рекомендовано проводити ерадикацію *H. pylori*.

Відбір пацієнтів для ендоскопічного обстеження при первинному огляді.

Для обстеження методом ендоскопії при первинному огляді необхідно відбирати пацієнтів у віці старше 30 років для чоловіків і 45 років для жінок і тих, у кого виявлено тривожні ознаки і симптоми або коли є підозра на серйозну органічну патологію.

Нещодавно було опубліковано дослідження, проведене в Каталонії, яке доводить користь застосування анкети для виявлення пацієнтів групи ризику. Тим, хто набере 7 та більше балів за шкалою ознак і симптомів, наведеною в таблиці нижче, необхідно призначати ендоскопію.

*Анкета для відбору пацієнтів, яким необхідно проводити ендоскопію*

№ з/п	Ознака або симптом	Бали
1.	Вік старше 40 років	1
2.	Чоловіча стать	2
3.	Надлишкова маса тіла (індекс маси тіла > 25)	1
4.	Звичний закріп	1
5.	Вживання алкоголю > 30 г/ день	1
6.	Паління >10 сигарет/ день	1
7.	Застосування НПЗЗ > 2 доз/тиждень	2
8.	Епізодичний біль у епігастральній ділянці	1
9.	Больові відчуття зменшуються після вживання їжі	2
10.	Відчуття печії в ділянці шлунку	2
11.	Щоденна печія в ділянці шлунку	2
12.	Помірна або інтенсивна печія в ділянці шлунка	1

**Рекомендується проводити ендоскопію** у хворих з недослідженою диспепсією, з тривожними ознаками та симптомами, або у тих, хто набрав кількість балів  $\geq 7$  за шкалою обтяжуючих факторів.

**Не рекомендується проводити ендоскопію при первинному огляді у наступних пацієнтів:**

Пацієнти молодше 45 років, які не виявляють тривожних ознак і симптомів і у яких кількість балів за шкалою ознак і симптомів не перевищує

У пацієнтів з яскраво вираженими симптомами ГЕРХ – печія та/або відрижка кислим за відсутності інших супутніх симптомів (біль/дискомфорт у верхньому відділі живота, відчуття важкості переповнення шлунка, нудота, блювання, дисфагія, біль при ковтанні).

Пацієнтам з передбачуваним діагнозом виразки дванадцятипалої кишки, яким впродовж останніх 5 років вона була діагностована за допомогою ендоскопії і у яких не була усунена інфекція *H. Pylori*, у яких спостерігаються симптоми, схожі на колишні, і в яких відсутні тривожні ознаки і симптоми. Імовірність того, що мова йде про загострення виразкового процесу настільки велика, що можна безпосередньо приступати до емпіричного лікування.

#### **Визначення наявності інфекції *H. Pylori***

Інфекцію *H. Pylori* можна виявити за допомогою інвазивних та неінвазивних методів.

##### **Інвазивні методи:**

Для здійснення інвазивних досліджень необхідна ендоскопія:

- Гістологічне дослідження. Має високі показники чутливості та специфічності. Потрібне взяття біопсії. У разі атрофічного гастриту можуть знадобитися численні зразки для встановлення діагнозу.

- Швидкий уреазний тест. Простий метод, що має високі показники чутливості та специфічності. В даний час вважається тестом вибору для діагностики інфекції *H. pylori* у тих пацієнтів, яким проводиться ендоскопія, за винятком тих випадків, коли є підозра на

кровоточиву виразку. При такій підозрі чутливість знижується і, якщо результат негативний, потрібно підтвердити його неінвазивними методами (С-сечовинний дихальний тест).

▪ Посів. Високо специфічний метод, але його чутливість дуже мінлива. Це складна і трудомістка методика, і тому вона не вважається загальноприйнятною. Тим не менш, вона може бути корисною при дослідженні чутливості (резистентності) мікроорганізмів до антибіотиків.

#### **Неінвазивні методи:**

▪ Для їх виконання не потрібно проводити ендоскопію.

▪ 13С-сечовинний дихальний тест за допомогою вуглецю-13. Має високі показники точності та специфічності. Показав себе більш чутливим, ніж швидкий уреазний тест і гістологічне дослідження. Це загальноприйнятий аналіз для тих пацієнтів, яким не показана ендоскопія.

▪ Серологія. Прийнятність її чутливості і специфічності показана в Каталонії. Метод полягає у виявленні в крові специфічного імуноглобуліну G (Ig G). Метод не підходить для підтвердження ерадикації інфекції *H. Pylori*. Ця методика має високу чутливість, але низьку специфічність. В мета-аналізі продемонстровано, що є невеликі розбіжності чутливості і специфічності різних комерційних препаратів, тому слід використовувати тільки тести, випробувані в тій популяції, де вони будуть застосовуватися.

▪ Виявлення антигенів в калі. Дана методика полягає у виявленні антигенів *H. Pylori* у калі пацієнта.

**Для попередньої діагностики наявності *H.pylori* у пацієнтів рекомендується провести С-сечовинний дихальний тест або каловий антигенний тест. Застосування менш точних серологічних тестів в клінічних умовах також можливе в рамках стратегії, що передбачає неінвазивне тестування та лікування.**

**Для визначення ефективності ерадикації бактерії *H.pylori* рекомендується провести С-сечовинний дихальний тест**

С-сечовинний дихальний тест не рекомендується проводити впродовж двох тижнів після застосування ПП, а також впродовж чотирьох тижнів після антибіотикотерапії, тому що існує ймовірність отримання хибно негативних результатів.

Згідно Римських критеріїв III (2006 р.) ультрасонографія, рентгенологічне дослідження гастродуоденальної зони, сцинтиграфія не рекомендовані в якості рутинного дослідження, бо його результати не впливають на лікування пацієнта. Суперечливі дані отримано під час проведення кореляції між скаргами та результатами досліджень функції шлунка за допомогою баростату і електрогастрографії. Тому жоден із цих методів не рекомендують як рутинне клінічне дослідження.

У пацієнтів із тривалою і стійкою симптоматикою необхідно виключити депресію, включаючи приховану (соматичну), а також харчову нестерпність.

#### **Фізикальні методи дослідження**

- опитування – виявлення диспепсичних скарг, зазначення в анамнезі життя на наявність психотравмуючих ситуацій, шкідливих звичок;
- огляд – суттєвого діагностичного значення не має.

#### **Лабораторні обстеження**

Обов'язкові:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- цукор крові;
- аналіз калу на приховану кров.

При наявності показань:

- коагулограма;
- рівень заліза в сироватці крові.

#### **Інструментальні та інші методи діагностики**

Обов'язкові:

- ЕГДС шлунка та ДПК – для виключення рефлюкс-езофагіту, ВХ, пухлини шлунка;
- УЗІ органів травлення – для виключення панкреатиту та жовчокам'яної хвороби;
- індикація Н. рylogi – для проведення ерадикаційної терапії;
- ЕКГ.

При наявності показань:

- хромоендоскопія шлунку – для виключення дисплазії слизової оболонки стравоходу та шлунку;
- рентгеноскопія шлунку та ДПК – для виключення органічних уражень останніх, виявлення гастропарезу;
- інтрагастральна рН-метрія стравоходу та шлунка – для виключення ГЕРХ;
- біопсія слизової оболонки шлунку – для уточнення діагнозу.

### **Консультації спеціалістів**

Обов'язкові:

- невропатолога – з метою призначення етіопатогенетичної терапії;
- фізіотерапевта – для вибору необхідного фізіотерапевтичного лікування.

При наявності показань:

- психіатра.

### ***Диференціальний діагноз***

Виявлення у пацієнта «симптомів тривоги» або «червоних прапорів», до яких належать: дисфагія, блювання з домішками крові, мелена, лихоманка, немотивоване схуднення, анемія, лейкоцитоз, підвищена ШОЕ, ставить під сумнів діагноз функціональної диспепсії.

Діагноз функціонального захворювання органів травлення ґрунтується не стільки на наявності розладу діяльності цих органів, скільки на виключенні їх органічних захворювань.

Для функціональних захворювань характерні хвилеподібний перебіг, зменшення кількості скарг і навіть зникнення їх під час відпочинку, наявність тієї чи іншої форми неврозу, вегетативної дисфункції, гіпоталамічних реакцій, які виявляються часто скаргами на порушення функції органів травлення: шлунково-стравохідний рефлюкс, спазм стравохода, анорексія, блювання, гикавка, голосну відрижку повітрям, біль у животі.

**Нервово-психічна анорексія.** Серед хворих превалюють особи жіночої статі віком 12-25 років. У дівчат виникає "страх огрядності", бажання схуднути. Вони починають різко обмежувати приймання їжі, або споживають нормальну кількість їжі, але при цьому вони штучно викликають блювання або ставлять клізму - це призводить до зменшення маси тіла на 25% і більше. Для встановлення діагнозу необхідно виключити органічні захворювання, що спричиняють втрату апетиту і значне зменшення маси тіла (злоякісні пухлини, хронічну ниркову недостатність, хворобу Сіммондса – гіпоталамо-гіпофізарну кахексію).

**Рефлюксна хвороба** - результат первинного порушення функції дистального стискача стравохода, внаслідок чого виникає часте закидання шлункового вмісту у стравохід, що призводить до виникнення езофагіту та інших патологічних змін.

Від рефлюксної хвороби слід відрізнити вторинний патологічний шлунково-стравохідний рефлюкс, який спостерігається при ковзній грижі стравохідного отвору діафрагми, виразковій хворобі, після операцій на шлунку при раку стравохода, склеродермії.

Рефлюксна хвороба частіше спостерігається у людей середнього та похилого віку. Виникненню захворювання сприяють: функціональна недостатність нижнього стискача стравоходу, що обумовлене як зменшенням рівня пептидних гормонів у крові (особливо гастрину, мотиліну, холецистокініну), так і недостатньою реакцією, а також підвищенням внутрішньочеревного тиску (при закріпі, метеоризмі), уповільнення евакуації шлункового вмісту, наявність дуоденогастрального рефлюксу. При ньому спостерігаються печії, гострий біль у гортані, відрижка повітрям або їжею, відчуття стискання, болю за грудиною, нудота, дисфагія. Ці симптоми частіше виникають в положенні лежачи, посилюються при переїданні, вживанні жирних, солодких страв, спиртних напоїв, різкому згинанні, носінні тісного одягу.

Основне значення для диференціальної діагностики набувають рентгенологічне та ендоскопічне дослідження для виявлення органічних захворювань, а також ускладнень (стриктури стравоходу, рак).

**Аерофагія** (нервова відрижка, шлунковий пневматоз) виникає при заковтуванні надмірної кількості повітря під час вживання їжі. Надмірне проковтування повітря можливо у разі підвищеного утворення слини. Цьому сприяють гикавка, споживання їжі без прожовування, плямкання, пиття через соломинку, жування гумки, паління цигарок, сухість у роті, яка спостерігається при диханні ротом, хвилювання, лікування холінолітичними засобами. Проникнення повітря в шлунок спричинюється порушенням функції стискача дистального відділу стравоходу, кардіального отвору шлунка, що найчастіше виникає при шлунково-стравохідному рефлюксі, грижі стравохідного отвору діафрагми, алкоголізмі. Проковтування надмірної кількості повітря і тривала відрижка сприяють розтягуванню стискача стравоходу, його поступовому послабленню, що призводить до посилення чи навіть виникнення рефлюксу, а згодом і діафрагмальної грижі. До основних симптомів аерофагії належать: відсутність тиску у верхній частині живота та голосна відрижка повітрям, що виникає або самостійно після споживання їжі, або її викликає хворий, щоб позбавитися шлункового дискомфорту. Внаслідок надходження до шлунку великої кількості повітря газовий міхур його збільшується у 2-3 рази, що спричиняє високе стояння купола діафрагми, при цьому можуть з'явитися гикавка, колючий чи пекучий біль у лівій підреберній ділянці, який поширюється на ділянку серця, а також серцебиття, екстрасистолія. При рентгенологічному дослідженні встановлюють існування великого газового міхура шлунка, часто функціональний каскад його.

**Синдром подразненого шлунка** (функціональний розлад шлунка, невроз шлунка) характеризується наявністю шлункової диспепсії або болючості в ділянці шлунка без анатомічних змін у слизовій оболонці (15-43% хворих із шлунковими скаргами). Виникнення його спричиняється різкими змінами умов життя і харчування, нервово-психічним перенапруженням, неврозом, палінням, зловживанням алкоголем. Хворі скаржаться на біль у надчеревній ділянці, частіше тупий, не пов'язаний з прийманням їжі. Відносно часто спостерігається блювання кислою рідиною або невеликою кількістю їжі. Найхарактернішими проявами є різкі коливання кількості і кислотності шлункового соку, виявлені при повторних дослідженнях через кілька місяців і навіть тижнів. Евакуаторна функція шлунка може бути як уповільненою, так і прискореною.

**Функціональний демпінг-синдром** спостерігається у не оперованих хворих і осіб без будь яких органічних захворювань шлунка. Виділяють ранній варіант - через 10-20хв. після приймання їжі, особливо такої, що містить велику кількість легкозасвоюваних вуглеводів, проявляється симптомами властивими гіперглікемії (слабкість, запаморочення, відчуття жару, гіперемія обличчя, гарячий піт, серцебиття, виділення густої слини, біль в животі). Пізній варіант - через декілька годин після їжі. Функціональний демпінг-синдром викликається прискореним надходженням їжі у кишки під впливом психогенних чинників, що веде до підсиленого утворення ряду інтестинальних гормонів, збільшення всмоктування глюкози.

## **ДИСПЕПСІЯ, ЗУМОВЛЕНА ЗАСТОСУВАННЯМ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

НПЗЗ, препарати, які реалізуються шляхом вільного продажу, є фармакологічними агентами, які широко застосовуються для зменшення больового синдрому або запалення (найчастіше при артрозах). Інша область застосування НПЗЗ – зменшення агрегації тромбоцитів для профілактики тромбозів (при високому ризику тромбозів і тромбоемболій) у системі коронарних і церебральних судин, яке реалізується шляхом пригнічення системи простагландинів.

Простагландини є важливою ланкою системи, яка відповідає за збереження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту в нормальному стані (тобто її цілісності). НПЗЗ пригнічують ферменти циклооксигенази (ЦОГ), які здійснюють процес перетворення арахідонової кислоти в простагландини. Існує дві ізоформи ЦОГ: ЦОГ-1, яка відповідає за

підтримання цілісності слизових оболонок ШКТ; і ЦОГ-2 – індукує і реалізує процес запалення. Анальгезуючий і протизапальний ефект НПЗЗ пов'язаний із інгібуванням ЦОГ - 2. Дія ферментів ЦОГ на тромбоцити реалізується через ЦОГ-1. Більшість НПЗЗ (включаючи аспірин) викликають пригнічення обох ізоферментів ЦОГ-1 і ЦОГ-2. В середині 1990-х років значно поширилися такі препарати, як блокатори ЦОГ-2, які мають менш виражений побічний вплив на слизову оболонку ШКТ порівняно з іншими НПЗЗ.

Протизапальна і анальгезуюча дія НПЗЗ реалізується через системний вплив на вогнище запалення. Висока концентрація в точці дії препарату досягається навіть при пероральному застосуванні ліків. У пацієнтів існує ризик розвитку побічних ефектів при будь-якому із способів введення ліків – пероральному, парентеральному і ректальному. Рівень простагландинів у слизовій оболонці шлунку знижується на 60% при вживанні аспірину в дозі 10 мг/добу.

Виразки, індуковані НПЗЗ, можуть мати місце як на фоні нормальної слизової оболонки ШКТ, так і розвиватися на фоні ерозій і геморагій. Для порівняння, виразки, викликані *H. Pylori*, розвиваються на фоні гострого і хронічного запалення слизової оболонки ШКТ, викликаного наявністю мікроорганізмів. НПЗЗ-індуковані виразки частіше локалізуються в шлунку, ніж у дванадцятипалій кишці та характеризуються більш тривалим безсимптомним перебігом.

- Застосування НПЗЗ пов'язане з їх дією на слизові оболонки шлунково-кишкового тракту: шлунок > дванадцятипала кишка > дистальні відділи тонкого кишківника.
- Гастроінтестинальні ураження НПЗЗ є системним ефектом і проявляються незалежно від шляху введення ліків – перорального, парентерального або ректального.
- Індуковані НПЗЗ ускладнення (геморагії, улцерация, перфорація) можуть проявитися у частини пацієнтів із безсимптомним перебігом захворювання.
- Ефективність і токсичність НПЗЗ дуже відрізняються у різних препаратів (токсична і протизапальна дози).
- Стратегії, які передбачають підбір препаратів і протекторну терапію, можуть сприяти зниженню ризику розвитку побічних ефектів НПЗЗ.
- Низькі дози ацетилсаліцилової кислоти викликають пригнічення простагландинів слизової оболонки шлунку навіть у випадку їх застосування з кишково-розчинною оболонкою.
- Блокатори ЦОГ-2 втрачають свої властивості, якщо призначаються в комбінації з аспірином.
- Хоча блокатори ЦОГ-2 мають менш виражену гастроінтестинальну побічну дію, ніж інші НПЗЗ, їх дія на слизову оболонку є подібною.
- Поєднане призначення блокаторів ЦОГ-2 та ППП або misoprostol не рекомендується через відсутність доведених фактів про можливий успіх від застосування даної комбінації.
- Фактори ризику щодо виникнення індукованих НПЗЗ гастроінтестинальних побічних ефектів включають застосування НПЗЗ (аспірин, поєднання блокаторів ЦОГ-2 і аспірину), а також наступні фактори:

- Вік 65 років і старше;
- Пептична виразка у анамнезі;
- Шлунково-кишкова кровотеча в анамнезі;
- Супутні захворювання, особливо ураження коронарних судин;
- Наявність артритоподібних захворювань (остеоартроз, що вимагає призначення низьких доз НПЗЗ або пероральних кортикостероїдів).
- Раніше існуюча гастропатія, викликана НПЗЗ;
- Одночасне застосування глюкокортикостероїдів;
- Одночасне застосування антикоагулянтів;
- Одночасне застосування бісфосфонатів;
- Високі дози НПЗЗ (включаючи НПЗЗ+аспірин);
- Інфекція *H. Pylori*.
- Підвищений ризик виникнення ускладнень у пацієнтів:
- Віком до 65 років, за наявності 2-х і більше факторів ризику;



- Віком понад 65 років і більше і хоча б один із факторів ризику.

#### **Початок лікування:**

Починати лікування слід із використання одного з нижче перерахованих:

- Мізопростол у дозі 200 мкг / добу, поступово, впродовж 2-х тижнів, підвищуючи дозу до максимальної переносимої (800 мкг / добу).
- ІПП в стандартній дозі один раз на добу.

У випадку позитивного тесту на *H. Pylori* – ерадикаційна терапія.

#### **Лікування індукованої НПЗЗ диспепсії:**

Вивчення анамнезу життя і захворювання з метою виявлення факторів ризику.

Відміна НПЗЗ, якщо це можливо.

Пацієнтів із симптомами ускладнень і факторами ризику направляти на ендоскопію.

Якщо симптоми зменшилися:

- Продовження прийому НПЗЗ під прикриттям ІПП або Мізопростолу;
- Заміна НПЗЗ селективним блокатором ЦОГ-2.

У випадку позитивного тесту на *H. Pylori* – ерадикаційна терапія.

#### **Лікування пептичної виразки, індукованої НПЗЗ:**

Якщо можлива відміна НПЗЗ, необхідно починати лікування з призначення антагоністів  $H_2$ -рецепторів (квamatел двічі на добу або фамотидин 20 мг двічі на добу) або ІПП (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг або пантопразол 40 мг) 8 тижнів у випадку дуоденальної виразки і 12 тижнів у випадку виразки шлунку.

Якщо відміна НПЗЗ неможлива:

- Лікування ІПП впродовж 8 тижнів у випадку дуоденальної виразки і 12 тижнів у випадку виразки шлунку. Якщо лікування неефективне – збільшити дозу препаратів. Переглянути підтримуючу терапію (згідно індивідуального підвищеного ризику гастроінтестинальних ускладнень НПЗЗ).
- Розглянути можливість заміни НПЗЗ селективними блокаторами ЦОГ-2.

Ерадикація *H. Pylori* – у випадку позитивного тесту.

Направлення до спеціалістів пацієнтів з ускладненими виразками (кровоточивими, перфоративними, стенозуючими).

Контроль заживлення виразки шляхом ендоскопії.

#### **Лікування.**

- стаціонарне лікування – не показано,
- амбулаторне – повторні курси лікування за потребою, довготривале.

Оскільки розвиток більшості функціональних захворювань органів травлення виникає на тлі невротичних розладів, воно полягає, зокрема, в роз'ясненні хворому характеру захворювання, переконанні його в можливості видужання. Воно передбачає нормалізацію способу життя, виконання дієтичних рекомендацій, медикаментозну терапію, психотерапію і психотропні препарати (за необхідності).

Нормалізація способу життя має на увазі відмову від шкідливих звичок, усунення по можливості стресових факторів (негативних емоцій, нервових перевантажень, фізичної перенапруги та ін.)

Певне значення в лікуванні пацієнтів із ФД має дієтичне харчування невеликими порціями 4-5 разів у день, зі зниженим вмістом жиру, тому що жир стимулює виділення холецистокініну, що сповільнює моторно-евакуаторну функцію шлунка.

При наявності Н.руїогі показане проведення ерадикаційної антихелікобактерної терапії (стратегія "test and treat", ) по одній із прийнятих схем потрібної терапії або квадротерапії, згідно рекомендацій Маастрихт-3 ( 2005).

- седативні засоби (настій валеріани, діазепам, сибазон)
- антидепресанти (амітриптилін, азафен)
- транквілізатори (рудотель, мезапам)
- вегетативні гармонізатори (белатамінал, піридол)

При нервовопсихічній анорексії - вітамінні препарати, альбумін, плазма в/в, ретаболіл, алое.

При нудоті, печії - рекомендувати підняти головний кінець ліжка на 5-15см, уникати тісного одягу, закріпу, жирної їжі, вживання алкоголю, не можна приймати їжу пізніше ніж за 3-4 години до сну, зменшити вагу.

**При лікуванні хворих ФД досить високу ефективність мають антацидні препарати.**

Антациди — препарати, що знижують кислотність вмісту шлунка за рахунок хімічної взаємодії із соляною кислотою шлункового соку.

- нерозчинні луги (альмагель, фосфалюгель 1-2 пакетика через 40 хв після їди, маалокс – 15 мл х 4 рази через 1 год після їди)

З огляду на те, що пацієнти з функціональною диспепсією часто мають порушення моторики шлунка, важливу роль у лікуванні таких хворих повинні грати препарати, що нормалізують гастродуоденальну моторику — **прокінетики**. Провідне місце серед прокінетиків мають блокатори допамінових рецепторів (метоклопрамід, домперидон). Препарати цієї групи поліпшують рухову функцію головним чином проксимальних відділів ШКТ, підсилюючи моторику стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, поліпшуючи гастродуоденальну координацію.

При функціональній диспепсії показане застосування периферичного блокатора допамінових рецепторів — домперидона (мотіліума). Даний препарат практично не проникає через гематоенцефалічний бар'єр, тому майже позбавлений побічних ефектів, властивих метоклопраміді. Домперидон може бути застосований при різних захворюваннях, що вимагає посилення рухової функції верхніх відділів ШКТ. Прокінетики призначають по 10 мг 3 рази на добу за 15 хвилин до їжі.

метоклопрамід (церукал, реглан 30-60 мг/добу, цизаприд – 40-60 мг /добу 1-2 т за 30 хв. до їди)

**Блокатори H<sub>2</sub> - рецепторів** (зантак 150-300 мг, фамотидин, квамател 20-40 мг через 12 год за 30 хв. до їди)

Ефективність антагоністів H<sub>2</sub>-рецепторів при ФД не перевищує плацебо. **При необхідності при лікуванні хворих ФД призначають інгібітори протонної помпи** (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол) у стандартній або половинній дозі. Інгібітори протонної помпи (ШП) надають високоселективний гальмуючий вплив на кислотоутворюючу функцію шлунка, діють на внутрішньоклітинний фермент H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-АТФ-азу, блокуючи роботу протонної помпи й, отже, продукцію соляної кислоти. За антисекреторним ефектом ШП перевершують H<sub>2</sub>-блокатори і антацидні засоби. Призначення ШП при ФД значно перевершує плацебо-ефект. (омепразол 40 мг, контролок – 80 мг на добу).

При аерофагії - настій валеріани, броміди, регулярне приймання їжі невеликими порціями. Забороняється газувата вода, спиртні напої, гіпнотерапія.

При синдромі подразнення шлунка - психотерапія, седативні, транквілізатори, метоклопрамід.  
При функціональному демпінг-синдромі - обмежують вуглеводи. При перших проявах необхідно лягти, при різких проявах - імодіум, соматостатин.

Зразки формулювання діагнозу:

Функціональна (невиразкова) диспепсія, виразковоподібний варіант, період загострення.

Функціональна (невиразкова) диспепсія, змішаний варіант, період загострення

### **Матеріали для самоконтролю**

Задачі для самоконтролю

1. Хвора 56 років скаржиться на здуття, бурчання в животі, підвищення відходження газів, виділення рідкого, пінистого характеру з кислим запахом після вживання страв на молоці. Як називається даний синдром?

- а) гнильної диспепсії
- б) жирової диспепсії
- в) бродильної диспепсії
- г) дискінезія жовчовивідних шляхів
- д) мальабсорбції

2. До симптомів тривоги належать:

- а) немотивована втрата ваги
- б) відчуття слабкості та тривоги
- с) немотивована залізодефіцитна анемія.
- д) лімфоденопатія
- е) родинний анамнез раку шлунка

3. Який біль більше характерний для пацієнта з диспепсією?

- а) пов'язаний з актом дефекації
- б) пов'язаний з фізичним або емоційним навантаженням
- с) виникає при поворотах та нахилах тулуба.
- д) підсилюється при глибокому диханні
- е) голодний, що зменшується після їжі

4. Органічна диспепсія, крім

- а) виразка 12 палої кишки
- б) Рак шлунка
- с) СПТК
- д) ерозивна дуоденопатія
- е) ЖКХ

Задачі.

5. Чоловік 20 років скаржиться на пекучий стискаючий біль в епігастрії, печію, відригування кислим. При пальпації болісність в епігастрії. ФГДС з морфологією біоптатів зі слизової оболонки патології не виявила. Призначення якого препарату буде найбільш ефективним?

- а) омепразолу
- б) альмагелю
- с) де-нолу
- д) гастроцепіну
- е) метоклопраміду

### **Література:**

#### **Основна.**

1. Передерий В.Г., Ткач С.М. Основы внутренней медицины : учеб. для студ. высш. мед. учеб. заведений IV уровня аккредитации, врачей-интернов, врачей общ. практики: [в 3-х т.] / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. - К. ; Вінниця : Н. Кн., 2009 – 2794с .

- 2.Передерий В.Г., Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей .- Винница:СПД Каштелянов А.И.,2011.-776 с.:ил.
- 3.Видадь Визит. Справочник «гастроэнтерология» М.:Видадь Рус,2016 г.304 с.
- 4.В.Харченко Классификации заболеваний органов пищеварения. Киев,2015.-54 с.
- 5.Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи /сост. А.С.Дементьев, И.Р.Манеров, С.Ю.Кочетков, Е.Ю.Чепанова.-М.:ГЭОТАР - медиа,2016.-384 с.
- 6.Современные классификации и стандарты лечения распространенных заболеваний внутренних органов / под ред. проф. Ю.М.Мостового. – 16 изд., доп. и перераб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2015 – 679 с.
7. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. - Киев.2007
- 8.Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / Сек.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, Ы.В.Маэва, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.
- 9.Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения. – К: Демос, 2004. – 321 с.
- 10.Основи внутрішньої медицини. Посібник для студентів IV та V курсів медичного факультету: навч. посіб. / [М.І. Швед, Н.В. Пасечко, А.О. Боб та ін.]; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль: ТДМУ, 2013. – 828 с.

**Додаткова:**

- 1.Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения /под ред. проф. О.Я.Бабака, Н.В.Харченка // «Справочник врача Гастроэнтеролог». – 2-ое изд., перераб. и дополнен. – К.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2007. – 308 с. – (Серия «Бібліотека «Здоров'я України»)
- 2.Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицинское информационное агенство, 2004. – 768 с.
- 3.В.Г. Передерий, С.М.Ткач, Ю.Г.Кузенко, С.В.Скопченко. Кислотозависимые заболевания. Современные подходы к диагностике, лечению и ведению больных с ГЭРБ, пептическими язвами, НПВП-гастропатиями, функциональной диспепсией и другими гиперсекреторными состояниями. – Киев, 2008. – 425 с.
- 4.Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
- 5 Ткач С.М.,Дорофеев А.Э. Эволюция лечения кислотозависимой патологии

//Гастроентерологія-  
2015.-№4 (58).-С.94-100.

Відповіді

1. в
2. б
3. е
4. е
5. а

**Методичну розробку підготувала**

**к.мед.н., доцент Третяк Н.Г.**

## Доповнення до методичної розробки 2017 р

### Нові Римські критерії функціональної диспепсії IV перегляду

Як відомо, Римські критерії III (2006) передбачали поділ синдрому диспепсії на два варіанти: органічну (при виразковій хворобі, пухлинах шлунку і т.д.) і функціональну, що можна було вважати цілком логічним. В Римських критеріях IV термін «органічна» замінений прикметником «вторинна», «первинна» в нових умовах відсутня.

Перелік симптомів, що входять у визначення ФД (відчуття переповнення в надчеревній ділянці, раннє насичення, біль і відчуття печіння в епігастрії) з обов'язковим зазначенням на відсутність ознак органічних захворювань, необхідна тривалість розладів (останні 3 місяці при загальній тривалості 6 місяців), основні клінічні варіанти ФД - постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС) і синдром болю в епігастрії (СБЕ) - залишилися в новій редакції такими ж, як в Римських критеріях III перегляду. Але якщо в колишніх умовах епітет «заподіює занепокоєння» (bothersome) стосувався тільки почуття переповнення в надчеревній ділянці, то в нових умовах він вже віднесений до всіх заяв.

Частота виникнення симптомів, що входять в СБЕ (біль і відчуття печіння в епігастрії), необхідна для постановки даного діагнозу, в нових умовах не змінилася ( «щонайменше, 1 раз на тиждень»), а колишня частота виникнення симптомів, що входять в ПДС ( почуття переповнення в надчеревній ділянці і раннє насичення), необхідна для встановлення цього діагнозу, позначалася перш як «кілька разів на тиждень», замінено на «більше 3 разів на тиждень».

При характеристиці ФД в нових Римських критеріях зроблено уточнення, згідно з яким симптоми ПДС завжди виникають після прийому їжі, тоді як при СБЕ біль і відчуття печіння в надчеревній ділянці можуть з'являтися після їжі, зникати після прийому їжі або відзначатися натщесерце. Підкреслено, що такі ознаки, як персистуюча блювота, зникнення клінічних симптомів після спорожнення кишечника, болі в правому підребер'ї, не властиві ФД.

Істотним слід вважати і доповнення про те, що у хворих ФД нерідко спостерігаються такі симптоми, як печія, відрижка, нудота, відчуття здуття в епігастрії. Раніше відповідно до колишніх Римськими критеріями III перегляду при виявленні, наприклад, у хворих з ПДС нудоти і відрижки потрібно було вибудовувати такі нагромадження: «Синдром функціональної диспепсії: постпрандіальний дистрес-синдром. Синдром неспецифічної надмірної відрижки. Синдром хронічної ідіопатичної нудоти ». Тепер же, згідно з новим Римським критерієм, лікар має право розглядати нудоту і відрижку як «можливі додаткові ознаки» (possible adjunctive features) ФД.

**Патогенез** ФД, як підкреслюється в нових Римських критеріях, є комплексним і включає ряд патофізіологічних чинників.

До них насамперед належить порушення евакуаторної функції шлунку (уповільнене спорожнення у 25-35% хворих і прискорене менш ніж у 5% пацієнтів з ФД). Виражене уповільнення спорожнення, що супроводжується блювотою і втратою апетиту, характерно вже для гастропареза.

Розлади акомодатії шлунку (здатності фундального відділу розслаблятися після прийому їжі) спостерігаються приблизно у 1/3 пацієнтів з ФД (частіше при її постінфекційному варіанті).

У хворих ФД часто виявляється гіперчутливість шлунку і дванадцятипалої кишки до розтягування, а також по відношенню до соляної кислоти і ліпідів.

В Римських критеріях IV наводиться і ряд нових патофізіологічних чинників, які були відсутні в колишніх умовах: перенесені інфекції, запалення слизової оболонки дванадцятипалої кишки низького ступеня активності, підвищення її проникності і збільшення вмісту еозинофілів у зазначеній зоні (дуоденальна еозинофілія).

Значення Н. рулогі в розвитку ФД оцінюється в нових Римських критеріях дещо суперечливо. З одного боку, в розділі, присвяченому патофізіології ФД, ця інфекція розглядається як можлива причина ФД, якщо успішна ерадикація веде до стійкого зникнення диспепсичних

скарг. З іншого боку, в розділі, де обговорюються принципи лікування ФД, вказується, що подібні випадки слід розглядати відповідно до положень Кіотського консенсусу, згідно з якими в разі стійкого зникнення диспепсичних скарг після ерадикації такі хворі повинні виключатися з групи ФД і розцінюватися як пацієнти, які страждають диспепсією, асоційованою з Н. pylori.

Постінфекційна ФД виникає у 10-20% хворих, які перенесли гостру шлунково-кишкову інфекцію. До її розвитку привертають генетичні фактори і особливості самого інфекційного агента. При цьому підкреслюється, що на відміну від постінфекційного варіанту СРК постінфекційна ФД може мати нетривалий перебіг.

В ряду причин ФД помітне місце відводиться і психосоціальним факторам. До них відносяться депресія і підвищена тривога, невротичні реакції, фізичне та емоційне в Дитячому віці, труднощі подолання стресових подій в житті

**Діагностика.** Як і в попередніх Римських критеріях, діагноз ФД пропонується ставити, ґрунтуючись на оцінці скарг та історії розвитку захворювання, відсутності «симптомів тривоги» і ятрогенних факторів (наприклад, прийом нестероїдних протизапальних препаратів - НПЗП), результати тестування на Н. pylori і проведення ерадикаційної терапії, особливо в країнах з високою частотою виявлення серед населення цієї інфекції (стратегія «test and treat»). Потім повинна бути розглянута можливість проведення емпіричного лікування хворих. При цьому, на думку N.J. Talley, застосування піктограм - малюнків, які «художньо» зображують почуття переповнення в надчеревній ділянці («шлунок, перетягнутий ремнем») або ж відчуття печіння в епігастрії («шлунок, в якому палахкотить пожежа»), допоможе хворим правильно ідентифікувати свої неприємні відчуття.

**Лікування** ФД включає в себе перш за все проведення спільних заходів, таких як освіта (education) і перепереконання (reassurance) хворих, нормалізація способу життя, дієтичні рекомендації (часте, дробове харчування з обмеженням вмісту жирів), відмова від кави, куріння, алкоголю та прийому НПЗП.

У нових Римських критеріях відзначається доцільність даних заходів, але вказується на відсутність систематичних досліджень їх доказовості.

Проведення лікарської терапії визначається варіантом перебігу ФД. При СБЕ в якості препаратів першого вибору пропонуються ІПП і H2-блокатори, які, за результатами контрольованих досліджень, виявляються на 10-15% більш ефективними в порівнянні з плацебо. При цьому підкреслюється, що застосування ІПП не приносить успіху при ПДС. При даному варіанті ФД лікування рекомендовано починати з призначення прокінетиків. Як більш безпечний лікарський засіб наведено комбінований препарат ітопрід (антагоніст D2-дофамінових рецепторів і інгібітор ацетилхолінестерази), що зменшує відчуття переповнення у надчеревній ділянці і усуває раннє насичення. Перспективним препаратом названий акотіамід (Z-338), який, будучи інгібітором ацетилхолінестерази, покращує акомодацию фундального відділу і спорожнення шлунку і полегшує симптоми ПДС. В якості потенційно ефективних лікарських засобів для лікування порушень акомодации фундального відділу шлунку наведені агоністи 5-HT<sub>1A</sub> рецепторів тандоспірон і буспирон, агоніст 5-HT<sub>1B</sub> / D рецепторів суматриптан. Новим слід вважати появу в числі лікарських засобів, рекомендованих в Римських критеріях IV для лікування ФД, препарату STW-5 (Іберогаст®). Це комбінований рослинний препарат, отриманий шляхом спиртової екстракції з 9 лікарських трав. У його склад входять іберійка гірка, дягель лікарський, ромашка аптечна, кмин звичайний, розторопша плямиста, меліса лікарська, м'ята перцева, чистотіл великий, солодка гола. Іберогаст® нормалізує акомодацию фундального відділу шлунку, покращує евакуацію шлункового вмісту, зменшує вісцеральну гіперчутливість, знижує секрецію соляної кислоти, надає гастропротективний ефект, покращуючи шлункове слизоутворення. Проведені клінічні дослідження і виконані на основі їх результатів мета-аналізи свідчили про високу ефективність препарату у хворих з ФД (особливо з ПДС) і його добру переносимість]. Доцільність застосування Іберогасту® визначається і частим поєднанням ФД з СПК, при якому його призначення нормалізує також моторику кишечника і зменшує вираженість больових відчуттів.

Можливості використання психотропних засобів, часто призначаються при лікуванні ФД в якості препаратів другої лінії, оцінюються в нових Римських критеріях досить стримано.

Відмічається, також, що виявлені у ряду хворих ФД запальні зміни слизової оболонки дванадцятипалої кишки з підвищенням вмісту в ній еозинофілів роблять доцільним вивчення можливості застосування у цих пацієнтів препарату монтелукаст - антагоніста cysLT-рецепторів, що стабілізують мембрани еозинофілів.

1.Ткач С.М. Практические подходы к ведению больных с диспепсией //Гастроэнтерология - 2016. №1 (59) -С.81-84

Ткач С.М.Функциональная диспепсия в свете Римских критериев IV //Гастроэнтерология-2016.- №4(62).-С.65—71.

2.Ткач С.М.,Дорофеев А.Э. Эволюция лечения кислотозависимой патологии //Гастроэнтерология-2015.-№4 (58).-С.94-100.

3.Ю.М.Степанов,И.Я.Будзак Функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника: что общего?// Гастроэнтерология 2016.- №1(59) -С.100-104

4.Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра // РЖГГК. – 2016. - №26(4). С. 124-128.

---

Доповнення до методичної розробки 2017 р склала

к.мед.н., доц . Третьяк Н.Г.