

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>	Сучасна практика внутрішньої медицини
<i>Змістовний модуль</i>	Ведення пацієнтів з основними симптомами та синдромами в гастроентерологічній клініці
<i>Тема заняття</i>	<b>Ведення хворого з диспепсією Ведення хворого з дисфагією та печією</b>
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Медичний №1

## 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 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 останні 6 місяців може застосовуватися термін «хронічна диспепсія».

В даний час, відповідно до рекомендацій комітету експертів Міжнародної робочої групи з удосконалення діагностичних критеріїв функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (Римські IV Консенсус, 2016 р.), **синдром диспепсії** визначається як симптоми, пов'язані з гастродуоденальною областю, за відсутності будь-яких органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б пояснити ці прояви.

### Епідеміологія

Диспепсичні розлади належать до числа найбільш поширених гастроентерологічних скарг. У розвинених країнах Західної Європи вони зустрічаються приблизно у 30-40% населення і служать причиною 4-5% усіх звернень до лікарів загальної практики. У деяких країнах Азії частота синдрому диспепсії у популяції досягає 61%. Наявність диспепсичних симптомів істотно знижує якість життя таких хворих. При цьому, як показали дослідження, менша частина (35-40%) припадає на частку захворювань, що входять до групи органічної диспепсії, а більша частина (60-65%) - на частку функціональної диспепсії. Настільки висока поширеність синдрому диспепсії серед населення визначає величезні витрати, які несе охорона здоров'я з обстеження та лікування таких пацієнтів.

Соціальна значимість даної проблеми полягає також у тому, що на не виразкову диспепсію значно частіше страждають люди молодого віку.

**Печія (pyrosis)** – симптом органічних захворювань або функціональних станів верхніх відділів травного тракту, що виявляється відчуттям жару, паління і дискомфорту за грудиною і (або) в підложковій області. Хоча печія і не є загрозливим для життя симптомом, вона може бути болісною і нерідко створює хворому дискомфорт і доставляє безліч незручностей. Тому вимагає пильної уваги, діагностики і лікування. Виникає печія, як правило, через 30-60 хвилин після їжі і може посилюватися при нахилі тіла вперед або горизонтальному положенні, при натуженні під час акту дефекації (особливо при закрепках). Напади печії можуть повторюватися достатньо часто і порушувати нормальний спосіб життя. Печія, що з'являється більше трьох разів в тиждень, істотно погіршує якість життя. Останніми роками в світі кількість пацієнтів з важкими запальними процесами нижньої частини стравоходу - рефлюкс-езофагітами - збільшилася в 2-3 рази. З цієї причини серед гастроентерологів навіть з'явився вислів, що XX століття - це століття виразкової хвороби, а XXI - рефлюкс-езофагітов. Скарги на печію є одними з найпоширеніших в гастроентерологічній практиці, оскільки супроводжують безліч захворювань стравоходу, шлунку і (або) дванадцятипалої кишки. Необхідність вивчення теми «Гастроезофагальна рефлюксна хвороба» в клініці внутрішніх хвороб обумовлена значною поширеністю даної патології в світі. Серед дорослого населення більшості розвинених країн частота печії досягає 40 % та має тенденцію до зростання. За ступенем зниження якості життя гастроезофагальна 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.

Згідно Монреальської угоди, 2005 р. ГЕРХ – це стан, що розвивається, коли рефлюкс шлунка викликає симптоми, що сприяють пацієнту фізичний дискомфорт та ускладнення

## 1. Конкретні цілі.

Студент повинен знати:

- Епідеміологію, етіопатогенез і патоморфологію шлункової диспепсії печії та дисфагії;
- Пояснити роль Н.рylogi у виникненні гастродуоденальної патології,
- Вміти проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із шлунковою диспепсією, печією та дисфагією.
- Проаналізувати механізми виникнення різних варіантів шлункової диспепсії
- Тракувати основні клінічні синдроми; особливості клінічного перебігу
- Діагностичні можливості додаткових методів дослідження: лабораторних, ФГДС, рентгенологічних, ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, дихальні тести, рН – метрія, відео капсульна ендоскопія).
- Пояснити принципи диференціального діагнозу шлункової диспепсії з органічною патологією;
- Виявляти основні варіанти клінічного перебігу та ускладнень
- Знати тактику ведення хворих в залежності від причини
- Скласти план обстеження та лікування
- Сучасний підхід до лікування функціональної диспепсії,
- Проводити первинну та вторинну профілактику
- Обґрунтувати прогноз та працездатність.

## 2. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

№	Назви попередніх дисциплін	Отриманні навички
1	Анатомія	Анатомічні особливості будови стравоходу та шлунку
2	Фізіологія	Фізіологічні особливості шлунка
3	Патофізіологія	Етіологія і патогенез, патоморфологія ШД та печії
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, печії рецептура
6	Оториноларингологія	Захворювання ротоглотки
7	Неврологія	Інервація стравоходу

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

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

№	Термін	Визначення
1	Dyspepsia	Dys- розлад, perpsia - 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
6	Одинофагія	Біль при глотанні та проходженні їжі по стравоходу
7	Дисфагія	Відчуття утруднення або перешкоджання при проходженні їжі по стравоходу
8	Стравохід Баретта	Кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу
9	Дуодено-гастральний рефлюкс	Проникнення в порожнину шлунка дуоденального вмісту
10	Рефлюкс-езофагіт.	Спонтанне, регулярне закидання в стравохід шлункового або кишкового вмісту, що призводить до пошкодження нижнього відділу стравоходу і появи таких симптомів як печія, біль і порушення травлення
11	Регургітація	Це пасивне затікання вмісту стравоходу або шлунку в глотку, не супроводжуються нудотою або позивами до блювання.
12	ІПП-тест	Пробне емпіричне лікування інгібіторами протонної помпи (ІПП) осіб із наявністю печії протягом 7-14 днів
13	Одинофагія	Біль при глотанні та проходженні їжі по стравоходу
14	Дисфагія	Відчуття утруднення або перешкоджання при проходженні їжі по стравоходу
15	Афагія	Повна неможливість ковтання
16	Globus hystericus	Відчуття того,що вгорлі застрягла грудка.
17	Globus sensation	Відчуття спазму або грудки в горлі.
18	Фагофобія	страх ковтання
19	Стравохід Баретта	Кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу

**Теоритичні тпитання до заняття:**

1. Визначення шлункової диспепсії. Органічна та функціональна диспепсія
2. Етіологія і патогенез хронічного ШД ,печії та дисфагії.
3. Основні клінічні ознаки ШД та ГЕРХ. Симптоми червоних прапорців.
4. Класифікація
5. Особливості клінічного перебігу
6. Діагностика
7. Диференційна діагностика
8. Складання плану обстеження
9. Ускладнення
- 10.Тактика ведення хворих в залежності від основних причин
- 11.Основні принципи дієтотерапії
- 12.Диференційоване лікування. Випишіть рецепти
13. Первинна та вторинна профілактика
14. Прогноз, працездатність

**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
- призначити відновлювальне лікування на різних етапах реабілітації
- визначити тактику вирішення питань медико-соціальної експертизи, 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) не типовість 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.

Патогенез ФД, як підкреслюється в нових Римських критеріях IV, є комплексним і включає низку патофізіологічних факторів. До них насамперед відносяться:

- 1) порушення евакуаторної функції шлунка (сповільнене випорожнення у 25-35% хворих і прискорене менш ніж у 5% пацієнтів із ФД). Виражене сповільнення, що супроводжується блюванням і втратою апетиту, є характерним уже для гастропарезу;
- 2) розлади акомодатії шлунка (здатність фундального відділу розслаблятися після прийому їжі) спостерігаються приблизно у 1/3 пацієнтів із ФД (частіше за постінфекційного перебігу ФД);
- 3) у хворих на ФД часто виявляється гіперчутливість шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) до розтягнення, а також до соляної кислоти і ліпідів;
- 4) у Римських критеріях IV наводиться і низка нових патофізіологічних факторів, які були відсутні в попередніх критеріях:

а) перенесені інфекції. Постінфекційна ФД виникає у 10-20% хворих, які перенесли інфекцію ШКТ. Її розвитку сприяють генетичні фактори й особливості самого інфекційного агента. При цьому підкреслюється, що на відміну від постінфекційного варіанту СПК постінфекційна ФД може мати короткотривалий перебіг;

б) запалення слизової оболонки ДПК низького ступеня активності;

в) підвищення проникності слизової оболонки ДПК;

г) збільшення вмісту еозинофілів у слизовій оболонці ДПК (дуоденальна еозинофілія).

У рамках Американського гастроентерологічного тижня велику увагу приділяли дуоденальній еозинофілії, назвавши її «новим захворюванням», з якою пов'язано 40% випадків ПДС, а також підвищення ризику подальшого приєднання ГЕРХ (N.J. Talley, Австралія). При цьому інгібітори протонної помпи (ІПП) мають здатність знижувати вміст еозинофілів у слизовій оболонці ДПК;

5) роль *Helicobacter pylori* в розвитку ФД оцінюється в нових Римських критеріях IV дещо суперечливо.

З одного боку, у розділі, присвяченому патофізіології ФД, ця інфекція розглядається як можлива причина ФД, якщо успішна ерадикація веде до стійкого зникнення диспептичних скарг. З іншого боку, у розділі, де обговорюються принципи лікування ФД, вказується, що подібні випадки слід розглядати відповідно до положень Кіотського консенсусу [3], згідно з якими в разі стійкого зникнення диспептичних скарг після ерадикації такі хворі мають виключатися з групи ФД і розцінюватися як пацієнти, що страждають на диспепсію, асоційовану з *H. pylori*;

б) важлива роль у розвитку ФД відводиться психосоціальним факторам. До них відносяться

депресія і підвищена тривожність, невротичні реакції, фізичний і емоційний вплив у дитячому віці, труднощі подолання стресових ситуацій у житті.

#### Класифікація

Загальноновизнаної 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 вилікувано, 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 сен- сорну 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	

#### Клінічна класифікація диспепсії

(Римський IV Консенсус, 2016р.)

Виділяють два нових варіанти:

- вторинну диспепсію (при виразковій хворобі, пухлинах шлунка тощо);
- функціональну диспепсію.

Основні клінічні варіанти ФД :  
 – постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС);  
 – синдром епігастрального болю (СЕБ).

#### Класифікація функціональної диспепсії

1. Постпрандіальна дисстресс-синдром (раніше - дискінетичний варіант функціональної диспепсії);
2. Епігастральний больовий синдром (раніше - виразкоподібний варіант функціональної диспепсії).

У Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду в класі XI «Хвороби органів травлення», в розділі «Хвороби стравоходу, шлунка і 12-палої кишки», у рубриці K30 позначена нозологічна форма «Диспепсія».

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

#### Клініка і діагностика

Клінічні прояви функціональної диспепсії найчастіше відповідають основним її класифікаційними формами.

Диспепсія характеризується наступними симптомами.

Епігастральний біль, епігастральна печія - біль, печія - скарги постійні або періодично рецидивуючі, що підсилюються натще.

Відчуття повноти після їжі, раннє насичення - скарги, які з'являються після прийому їжі.

Симптоми, що не відносяться до функціональної диспепсії: здуття (неприємне відчуття стиснення у верхній частині живота); нудота (відчуття потреби в блювоті), печія (відчуття печії за грудиною).

(Римські критерії IV, 2016 р.)

Римський IV Консенсус наводить наступні діагностичні критерії функціональної диспепсії, які мають включати:

1. одна ознака або більше з:
  - Турбує (неприємне) відчуття повноти після їжі;
  - Швидке насичення;
  - Епігастральний біль;
  - Епігастральна печія;
2. відсутність даних про органічну патології (включаючи фіброгастроскопію), яка могла б пояснити виникнення симптомів.

Відповідність критеріям повинна дотримуватися протягом не менше 3-х останніх місяців з початком проявів не менше 6 місяців перед діагностикою.

В новых Римских критериях большое внимание также уделено установлению тяжести как руководства для проведения соответствующего лечения. Поэтому при планировании терапии рекомендуется выделять больных с легким, среднетяжелым и тяжелым течением **Легкое течение.** Пациенты с легкими и нечастыми симптомами составляют примерно 40% всех больных. Они чаще обращаются к врачу первичного звена, чем к гастроэнтерологу, обычно не имеют ухудшения функций или психологического дистресса. Симптоматика часто связана с гастроинтестинальной дисфункцией (тошнота, диарея, запор), боль носит минимальный или легкий характер, у пациентов нет доминирующей психопатологической симптоматики, а качество их жизни обычно не страдает или меняется незначительно. Такие пациенты редко -



обращаются к врачу и ведут обычный образ жизни без каких-либо ограничений. В таких случаях рекомендуется подробно объяснять пациентам суть симптомов, рассказывать, как с ними бороться немедикаментозными методами, обычно с помощью модификации диеты (ограничение или исключение некоторых пищевых субстанций – глютена, лактозы, FODMAPs, жирной пищи, алкоголя).

**Течение средней тяжести.** Таких пациентов несколько меньше – около 30-35%. Они чаще наблюдаются у гастроэнтерологов, отмечают ухудшение качества жизни, повседневной активности, обычно испытывают боль умеренной интенсивности и отмечают психологический – дистресс, могут иметь сопутствующие заболевания, включая психопатологию, всегда нуждаются в назначении медикаментозного лечения, проводимого в зависимости от преобладающего(их) симптома(ов). Пациентам рекомендуется ежедневный мониторинг симптомов в течение 2-х недель с целью идентификации возможных провоцирующих факторов и последующего воздействия на них. Кроме того, таким больным рекомендуется психологическое лечение, включая когнитивно-поведенческую терапию, релаксацию, гипноз и др.

**Тяжелое течение.** Около 20-25% больных имеют выраженные и нередко – рефрактерные симптомы. У них часто имеется и нередко доминирует психопатологическая симптоматика, существенно ухудшается качество жизни, они часто обращаются на консультации ко многим врачам и проводят множество ненужных диагностических исследований, ставят перед собой нереальные цели лечения. В таких случаях врач должен назначать дополнительные исследования в соответствии с объективными данными, а не по требованию больного, ставить реальные цели лечения (например, улучшение качества жизни, а не полное избавление от боли), усиливать ответственность больного за лечение и выполнение врачебных рекомендаций. Кроме того, обычно проводится психологическое лечение и назначаются антидепрессанты (трициклические или ингибиторы обратного захвата серотонина-норадреналина). Наибольший эффект оказывает мультидисциплинарный подход к ведению таких больных.

### **Діагностичні критерії постпрандіального дистрес-синдрому**

повинні включати один або обидва з нижченаведених:

1. турбують відчуття повноти після їжі, що виникає після прийому звичайного об'єму їжі, принаймні, кілька разів на тиждень;
2. швидка насичуваність (ситість), у зв'язку з чим неможливо з'їсти звичайну їжу до кінця, принаймні кілька разів на тиждень.

Відповідність критеріям повинна дотримуватися протягом не менше 3-х останніх місяців з початку проявів не менше 6 місяців перед діагностикою.

Підтверджуючі критерії постпрандіального дистрес-синдрому:

1. може бути здуття у верхній частині живота або нудота після їжі або надмірна відрижка;
2. епігастральний больовий синдром може бути відсутнім.

**Діагностичні критерії синдрому епігастрального болю** повинні включати всі з наступних:

1. біль або печія, локалізовані в епігастрії, як мінімум помірної інтенсивності з частотою не менше одного разу на тиждень;
2. біль періодична;
3. немає генералізованого болю або біль локалізується в інших відділах живота або грудної клітки;
4. немає поліпшення після дефекації або відходження газів;
5. немає відповідності критеріям розладів жовчного міхура та сфінктера Одді.

Підтверджуючі критерії синдрому епігастрального болю:

1. біль може бути пекучим, але без ретростерального компонента;

2. біль зазвичай з'являється або, навпаки, зменшується після прийому їжі, але може виникати і натще;

3. постпрандіальний дистрес-синдром може супроводжувати.

Відповідність критеріям повинна дотримуватися протягом не менше 3-х останніх місяців з початком проявів не менше 6 місяців перед діагностикою

Постпрандіальний дистрес-синдром і синдром епігастрального болю можуть супроводжувати один одного. Відповідно до Римськими критеріями II таке поєднання позначалося як неспецифічний варіант функціональної диспепсії. Римський III Консенсус спеціальної такої форми не виділяє

#### **Алгоритм діагностики та диференціальної діагностики необстежених диспепсій.**

Діагностика функціональної диспепсії передбачає перш за все виключення органічних захворювань, що протікають з аналогічними симптомами (ГЕРХ, шлункова і дуоденальна виразка, рак шлунка, ЖКХ, хронічний панкреатит). Для цього необхідні наступні заходи.

1.Переконатися, що у хворого є постійні або рецидивуючі симптоми диспепсії. Вони перевищують за своєю тривалістю 3 останні місяці з початком проявів не менше 6 місяців перед діагностикою. Симптоми пов'язані з верхнім відділом шлунково-кишкового тракту;

2.Виключити «симптоми тривоги»: дисфагія, блювота з кров'ю, кров в калі, лихоманка, невмотивоване схуднення, виявлення утворення в черевній порожнині, анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, спадковість, обтяжена по раку шлунка, вік старше 45 років (в Білорусії старше 35 років)

3.Виключити прийом НПЗЗ;

4.Провести комплекс обов'язкових досліджень з тестуванням на наявність пілоричного гелікобактеру.

Клініко-анамнестичні дані при синдромі функціональної диспепсії і органічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту

Ознаки	Органічні захворювання	Функціональна диспепсія
Тривалість симптомів	Невелика	Значна
Вираженість скарг	Постійна	Мінлива
Локалізація болей	Обмежена	Дифузна, мінлива
Втрата маси тіла	++	(+)
Зв'язок скарг зі стресом	-	+++
Скарги порушують нічний сон	++	(+)
Зв'язок з прийманням їжі (час і якість)	++	(+)
Функціональні скарги з боку шлунково-кишкового тракту	+	+++

Функціональні скарги з боку інших органів	(+)	+++
---	-----	-----

У тих випадках, коли симптоми диспепсії бувають обумовлені такими захворюваннями, як виразкова хвороба, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, злоякісні пухлини, жовчнокам'яна хвороба і хронічний панкреатит, прийнято говорити про синдром органічної диспепсії. Якщо при ретельному обстеженні хворого зазначених захворювань виявити не вдається, правомірно ставити діагноз функціональною (невиразковою) диспепсією.

### **Функціональна (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 епігастрії.
- Метеоризм- відчуття розпирання живота, яке визвано надмірним газоутворенням.

Для функціональної диспепсії характерні три ознаки (за Римськими (II) 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, мігрені, 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 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 шлунково-

кишкового 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 по передусім перевірити на GERX. 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 GERX.

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*.

Згідно Римських критеріїв IV (2016 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**

Протоколами (стандартами) обстеження та лікування пацієнтів з патологією органів травлення в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах передбачено перелік обов'язкових

діагностичних заходів. Обов'язкові заходи: аналіз крові загальний, аналіз сечі загальний, аналіз калу на приховану кров, фіброгастроскопія з біопсією, тест на H. Pylori, ЕКГ.

При діагностичній необхідності проводять: рН-метрію шлунка, УЗД, біохімічний аналіз крові [6].

З огляду на велику кількість захворювань, здатних протікати з синдромом диспепсії, в діагностиці функціональної диспепсії та її диференціальної діагностики в обов'язковому порядку застосовуються езофагогастродуоденоскопія (що дозволяє виявити, зокрема, рефлюкс- езофагіт, гастродуоденальної виразку і пухлини шлунка), ультразвукове дослідження, що дає можливість виявити хронічний панкреатит і жовчнокам'яну хворобу, клінічні та біохімічні аналізи крові (зокрема, вміст еритроцитів та лейкоцитів, показники ШОЕ, рівень аланінової і аспарагінової амінотрансфераз, лужної фосфатази, гама - глютамілтрансспептидази, сечовини, креатиніну), загальний аналіз калу та аналіз калу на приховану кров.

За свідченнями проводяться рентгенологічне дослідження шлунка, (що допомагає встановити наявність гастропареза), добове моніторування внутрішньоводного рН, що дозволяє виключити гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. У хворих з епігастральній больовим синдромом функціональної диспепсії доцільно визначення інфікованості слизової оболонки шлунка пілоричного гелікобактер одним або (краще) двома методами (наприклад, за допомогою ендоскопічного уреазний тест і морфологічного методу). Важливу роль при проведенні диференціальної діагностики у випадках синдрому диспепсії грає своєчасне виявлення так званих "симптомів тривоги" або "червоних прапорів". До них відносяться дисфагія, блювота з кров'ю, мелена, гематокезія (червона кров у калі), лихоманка, невмотивоване схуднення, лейкоцитоз, анемія, підвищення ШОЕ, виникнення перших диспепсичних скарг у віці старше 45 років (для Республіки Білорусь - 35 років).

Виявлення у хворого хоча б одного зазначених "симптомів тривоги" ставить під сумнів наявність у нього функціональної диспепсії і вимагає проведення ретельного обстеження з метою пошуку серйозного органічного захворювання

Функціональну диспепсію часто доводиться диференціювати з синдромом подразненого кишечника - захворюванням також функціональної природи, що проявляється болями в животі, що проходять після акту дефекації, метеоризмом, проносами, запорами або їх чергуванням, відчуттям неповного спорожнення кишечника, імперативними позивами на дефекацію і т.д. При цьому, однак, часто доводиться мати на увазі, що функціональна диспепсія часто може поєднуватися з синдромом роздратованого кишечника, оскільки в патогенезі обох синдромів важливе місце належить подібним порушенням рухової функції травного тракту. При наполегливому характер диспепсичних симптомів корисною може виявитися консультація психіатра для виключення депресії і соматоформних розладів.

#### **Обстеження, що використовуються в діагностиці причин розвитку диспепсії та їх діагностична значущість**

Метод обстеження	Діагностична значимість
Клінічний аналіз крові Кал на приховану кров	Виявлення / виключення анемії, як ознаки аутоімунного гастриту, шлунково-кишкової кровотечі (ерозії, виразка, пухлина)

Біохімічні показники крові, що відображають функціональний стан печінки (тимолова проба, трансамінази, білірубін, холестерин, альбумін), нирок (креатинін), а також кальцій і глюкоза крові	Оцінка функціонального стану печінки або нирок, виявлення / виключення порушень обміну речовин, наприклад, цукрового діабету
Дихальний тест з сечовиною C13, іммуносорбентний аналіз для визначення в крові специфічних антитіл, каловий антигенний тест	Неінвазивні (без застосування втручання в організм пацієнта) діагностика <i>Helicobacter pylori</i> інфекції
Ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки з біопсією (отриманням шматочка) слизової оболонки для гістологічного дослідження і проведення швидкого уреазного тесту	Діагностика захворювань стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, <i>Helicobacter pylori</i> інфекції; непряма оцінка процесу спорожнення шлунка
Рентгеноконтрастне дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки	Діагностика захворювань стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки; оцінка процесу спорожнення шлунка
Ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, ЯМР- томографія печінки, жовчного міхура, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, нирок	Діагностика захворювань зазначених органів, як можливої причини диспепсії

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 *H. pylori* – 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 шлунка – 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), уповільненні евакуації шлункового вмісту, наявності 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 послабленні, 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.

### **Епідеміологія НЕРХ**

Поширеність функціональної печії залишається предметом епідеміологічних досліджень. Більшість пацієнтів не звертаються по медичну допомогу у разі рідкісної, епізодично виникаючої печії. У декількох дослідженнях популяцій встановлено, що більш ніж у 70% пацієнтів з печією не виявлялися ознаки пошкодження слизової оболонки при проведенні ендоскопії.

Від 30 до 50% хворих НЕРХ при проведенні рН-моніторингу в стравоході мають нормальну картину показників кислотної експозиції, що зумовлює виділення цих пацієнтів як підгрупу з функціональною печією. Як правило, це молоді пацієнти, що мають нормальну масу тіла.

### **Етіологія**

У переважній більшості випадків печія з'являється від підвищеної кислотності шлункового соку, але іноді властива зниженій кислотності або навіть повній відсутності в шлунку соляної кислоти. Причиною появи печії може бути і недостатність кардіального сфінктера (тобто м'язового кільця, яке охоплює нижню частину стравоходу в місці його переходу в шлунок). Якщо сфінктер функціонує нормально, то основна його роль запобігати надходження вмісту шлунку в стравохід. Коли ж функція порушена, то будь-який вміст шлунка, потрапляючи на слизову оболонку стравоходу, викликає відчуття печії. Бувають ще випадки, коли печія стає одним з ознак неврозу.

### **Причини печії:**



- Вживання деяких продуктів і напоїв знижує тонус нижнього стравохідного сфінктера. До них відносяться: шоколад, продукти, що містять м'яту перцеву, жирна їжа, алкоголь і кофеїнвміщуючі напої (кава, чорний чай, кока-кола і ін.).
  - Печія іноді виникає в певному положенні тіла: при нахилах і в горизонтальному положенні (коли Ви лежите або спите).
  - Печію може викликати будь-який стан, при якому відбувається підвищення тиску в черевній порожнині, що сприяє зворотньому закиду шлункового соку і харчових мас з шлунку в стравохід: фізичне перенапруження, підйом тяжкості, кашель, тісний одяг,
    - Переїдання. Особливо жирною, гарячою, смаженою і солодкою їжею. Цей функціональний стан може закріпитися і перетворитися на ГЕРХ.
    - Вагітність ( При вагітності, особливо в II, а тим більше – в III триместрі, відбувається значне збільшення матки, яка тисне на шлунок і піднімає його вище, ближче до діафрагми. При цьому шлунково-стравохідний кут стає гострим, і нижній стравохідний сфінктер розкривається, особливо після їжі і під час лежання. Так виникає печія функціонального характеру.
    - Зловживання алкоголем приводить до виникнення хронічного запального процесу в слизовій оболонці і шлунку і стравоходу, що супроводжується її набряком і рефлекторним порушенням тонуусу нижнього стравохідного сфінктера. В результаті - стійке закидання вмісту шлунку в стравохід і болісна печія. При хронічному алкоголізмі з циротичними змінами печінки виникає венозний застій в нижній третині стравоходу, варикозне розширення вен стравоходу, звуження просвіту стравоходу і рефлекторне відкриття нижнього стравохідного жому.
    - У хворих, які перенесли операції на шлунку і дванадцятипалій кишці, печія виникає із-за порушення нормальної анатомії цих органів, а іноді із- за руйнування сфінктерів під час операції і створення нових, менш функціональних.
    - Супутні захворювання можуть сприяти появі печії: грижа стравохідного отвору діафрагми, діабет, аутоімунне захворювання (зустрічаються достатньо рідко: синдром Рейно, при системних захворюваннях сполучної тканини (системному червоному вовчаку, склеродермії і ін.).
    - Вживання деяких лікарських засобів приводить до порушення функції нижнього стравохідного сфінктера: деякі препарати для зниження артеріального тиску, серцеві засоби, а також препарати для лікування бронхіальної астми, що містять теофілін (теопек, теотард і ін.).
    - Багато речовин можуть подразнювати слизисту оболонку стравоходу, сприяючи появі печії: гостра їжа, citrusові фрукти і соки, томати і томатні соуси, сигаретний дим, аспірин, ібупрофен і лікарські засоби для лікування остеопороза.
- Безпосередня і найпоширеніша причина печії – так звана гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Її основа – порушення функції нижнього стравохідного сфінктера (у місці переходу стравоходу в шлунок). При цьому сфінктер періодично виявляється відкритим, і тоді відбувається закид кислого шлункового вмісту в стравохід. Стравохід подразнюється, запалюється і виникає рефлюкс-езофагіт. Рефлюкс- езофагіт підтримується частою блювотою (наприклад, при анорексії).

Рефлюкс-езофагіт – це спонтанне, регулярне закидання в стравохід шлункового або кишкового вмісту, що призводить до пошкодження нижнього відділу стравоходу і появи таких симптомів як печія, біль і порушення травлення. При нормальних умовах у нижньої третини стравоходу рівень кислотності середовища рН дорівнює 6,0 (це можна визначити за допомогою такого методу обстеження як стравохідна рН- метрія). Про наявність рефлюксу свідчить значення рН <4,0 (кислотний рефлюкс) або ж рН > 7,0 (лужний, жовчний рефлюкс) Як в одному, так і іншому випадку подразнювальний ефект вмісту, який закидується в стравохід, викликає запальний процес слизової оболонки нижньої третини стравоходу - рефлюкс-езофагіт.

"Айсберг" хвороби.

Так, одним словом ("айсберг") вчені називають поширеність рефлюкс- езофагіту . Справа в тому, що його досить складно простежити, тому що певна частина людей, які страждають рефлюкс-езофагітом, на жаль, знаходиться в "підводній" частини айсберга. У більшості хворих симптоми

бувають слабко вираженими і з'являються досить рідко. Такі люди не звертаються до лікарів, а самостійно приймають антацидні препарати або користуються порадами знайомих (це так званий "телефонний" рефлюкс). Ці пацієнти і складають підводну частину "айсберга". Середня, надводна частина - це хворі рефлюкс-езофагітом з вираженими або постійними симптомами, але без ускладнень, яким необхідно проводити регулярне лікування, так би мовити, амбулаторний рефлюкс. Нарешті, вершина айсберга - це люди, у яких розвинулися ускладнення (пептичні виразки, кровотечі, звуження стравоходу) - госпітальний рефлюкс.

## **Патогенез**

### **Механізм появи рефлюксу**

Оскільки тиск у шлунку завжди є вищим, ніж в грудній порожнині, то закидання вмісту шлунку в стравохід (рефлюкс) повинно було б бути взагалі явищем постійним. Але, завдяки механізмам кардіального сфінктера, воно виникає рідко і лише на короткий час (скажімо, двічі на день тривалістю менше 5 хвилин). Тому в нормі такі нетривалі закидання вмісту шлунку не розглядаються як патологія.

Що ж відбувається у випадку настання захворювання?

Печія зазвичай є симптомом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (рефлюксна диспепсія), для якої є характерними: недостатність "кардії" (нижнього стравохідного сфінктера), зниження стравохідного кліренсу (стравохідного очищення), підвищення шлункової кислотної продукції, наявність дуодено-гастрального рефлюксу і інших порушень функцій стравоходу, шлунку і дванадцятипалої кишки. Важливо відмітити що печія нерідко виникає у хворих з відсутністю органічної патології з боку органів травлення.

Гастроєзофагальна 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 запального - дегенеративних уражень стравоходу.

### **Патогенез ГЕРХ**

1. Порушення функції антирефлюксного бар'єру відбувається за первинного зниження тонусу 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 тонусу 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 тонусу 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* (Hр). Особливості будови слизової оболонки кардіального відділу шлунку такі, що Hр часто сприяє запальному процесу в цій ділянці. Разом із тим нині немає переконливих доказів, що Hр зумовлює ГЕРХ.

#### Клініка ГЕРХ

До типових симптомів відноситься печія (особливо при фізичному напруженні, нахилах, в лежачому положенні, після їжі). Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба скоріше за все є, якщо печія виникає частіше, ніж двічі на тиждень, проте ГЕРХ не можна заперечити й тоді, коли цього симптому немає. Іншими скаргами можуть бути такі: регургітація, відрижка кислим або гірким, дисфагія, за груди́нний біль, біль в проекції мечоподібного відростку.

Регургітація - це пасивне затікання вмісту стравоходу або шлунку в глотку, що не супроводжується нудотою або позивами до блювоти. Пацієнти відмічають попадання кислої або пекучої рідини, іноді із залишками неперетравленої їжі, в горло або в рот. Відрижка, нахил тіла або які-небудь рухи, які сприяють збільшенню внутрішньочеревного тиску, можуть спровокувати регургітацію.

У 30% людей, ГЕРХ, що страждають, може відзначатися дисфагія. Виникненню цього симптому можуть спровокувати стриктури стравоходу, порушення перистальтики, запалення слизової оболонки стравоходу, а також дисфагія може з'являтися після хірургічної операції на стравоході. Іноді дисфагія з'являється без видимих причин, що можна пояснити наявністю індивідуальної реакції на деякі м'язові скорочення під час перистальтики стравоходу. Зміна печії на дисфагію у хворого ГЕРХ вважається небезпечною прогностичною ознакою, що вказує на розвиток стриктури або малігнізації.

Іншими менш поширеними симптомами є відчуття підвищеного вмісту слини у роті, як результат пов'язаного з блукаючим нервом рефлексу, що виникає внаслідок дії кислоти на слизову оболонку стравоходу.

Відчуття грудки в горлі - почуття чужерідного тіла в горлі, що виникає незалежно від акту ковтання.

Одинофагія - (біль при проходженні по стравоходу їжі або рідини)- частіше виникає за наявності езофагіту, що розвинувся в результаті прийому ліків або інфекції, тому за наявності одинофагії діагноз рефлюкс-езофагіта вимагає додаткового підтвердження. Якщо одинофагія з'являється у пацієнта з ГЕРХ, то, як правило, це свідчить про наявність виразки стравоходу або глибокої ерозії.

До позастравохідних проявів захворювання ("маски" ГЕРХ) належать: респіраторні (кашель, задишка, напад ядухи, пароксизмальне нічне апное, нічні напади бронхоспазму), отоларингологічні (дисфонія, фарингіт, контактна гранульома, злоякісні ураження горлянки), гастритичні (слинотеча, швидке насичення, нудота, блювота, одинофагія, вздуття живота), кардіальні (біль у грудній клітці, напади серцебиття, задишка аритмії), Стоматологічні (руйнування зубної емалі внаслідок дії кислого рефлюксату, прогресуючий карієс)

Ларингіт. У 1968 році уперше було виявлено, що патологічний рефлюкс може викликати ушкодження слизової оболонки гортані, може супроводжуватися тривалою охриплістю голосу, почервонінням і набряком гортані, виразками на голосових зв'язках і утворенням на них вузликів. З характерними скаргами до отоларинголога (ЛОР-лікареві) звертаються від 4% до 10% пацієнтів з рефлюксною хворобою, причому у пацієнтів, що страждають езофагітом ларингіт зустрічається в два рази частіше. Дослідження, що включали багатократний вимір кислотності, показали, що

ларингіт при ГЭРБ розвивається внаслідок рефлюксу кислоти до рівня верхніх відділів стравоходу і наступної занедбаності кислоти в гортань.

Бронхіальна астма. Ще в 1892 році було висловлено припущення про зв'язок ГЭРХ з бронхіальною астмою, виходячи із спостережень, коли у пацієнтів при перерозтяганні шлунку вислуховувалися хрипи в легенях. У наступному ця гіпотеза була підтверджена дослідженнями. Симптоми ГЭРХ відзначаються у 80% пацієнтів з бронхіальною астмою. Хоча згодом було виявлено, що рефлюкс кислоти в стравохід лише в незначній мірі впливає на функцію легенів, проте лікування ГЭРХ сприяє зменшенню симптомів бронхіальної астми у таких хворих.

Кашель. Хронічний кашель спостерігається при багатьох захворюваннях, але 80-90% випадків припадає на бронхіальну астму, ГЭРХ і захворювання, при якому відбувається постійне відділення слизу з носа, що стікає в глотку і викликає роздратування. При ГЭРХ хронічний кашель зустрічається в 10-40% випадків, причому може бути єдиним симптомом, що утрудняє діагностику. За даними досліджень виникнення кашлю при ГЭРХ, можливо, пов'язане з роздратуванням кислотою нервових закінчень в стравоході що сприяє підвищенню активності кашльового центру в головному мозку - виникає рефлюкс.

Біль в грудях, не пов'язаний із захворюваннями серця. Майже у 30% пацієнтів, яким проводиться дослідження судин серця з приводу скарг на болі в грудях, судини серця виявляються нормальними. Після того, як у таких хворих виключається наявність захворювань серця, проводиться дослідження стравоходу. Спочатку вважалося, що ці болі в грудях викликані порушенням рухової активності стравоходу, зокрема поширеним спазмом мускулатури стравоходу або наявністю синдрому "щипців для горіхів". Проте манометрія показувала, що біль в грудях мало пов'язаний з порушенням скорочувальної активності стравоходу. В той же час вимір кислотності у пацієнтів із скаргами на болі в грудях за відсутності захворювань серця підтверджували наявність підвищеної кислотності в стравоході. Ці дані дозволяли припустити, що болі в грудях, не пов'язані із захворюваннями серця, з'являються внаслідок рефлюксу. Механізм виникнення цих болів залишається доки неясним.

#### 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 продовгувату 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 виразкування, 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 білірубіну (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 почергово 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 болеві симптоми, які зникають (не рецидивують) при введенні в стравохід ізотонічного розчину.

#### 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;

У Міжнародній класифікації хвороб X перегляду ГЕРХ надано рубрику К.21 з підрозділами: ГЕРХ з езофагітом (К 21.0) та без езофагіту (К 21.1).

**Дисфагія** – це порушення акту ковтання, яке супроводжується відчуттям затримки їжі у стравоході, а іноді і болу за грудниною та регургітацією.

Згідно рекомендацій IV Римського консенсусу, функціональну дисфагію відносять до функціональних захворювань стравоходу.

Вона діагностується тільки після виключення органічної патології акту ковтання або ковтального тракту (виключення структурних ушкоджень, ГЕРХ та гістологічних змін, які призводять до порушення моторики стравоходу)

Потрібно розрізняти globus sensation (globus hystericus), який виникає при істерії та дисфагії. Globus sensation — це відчуття спазму або грудки в горлі. Globus sensation не пов'язаний з

ковтанням, він зберігається постійно, але при ковтанні може дещо посилюватись, тоді як дисфагія відмічається пацієнтами тільки в момент ковтання.

## Етіологія

Всі стани, які визивають дисфагію, можна розділити на дві основні категорії:

Порушення поступлення їжі на рівні ротоглотки Порушення транспорту їжі на рівні стравоходу (Вірогідність того, що який-небудь визначений патологічний процес є причиною дисфагії у хворого, визначається багатьма факторами, зокрема віком, статтю, супутньою патологією, довго тривалістю дисфагії і додатковою симптоматикою.

Основними ознаками розладу ротоглоткової фази ковтання є затримка грудки їжі у роті при спробі її проковтнути чи повернення цієї грудки до рота відразу після ковтання, а також потрапляння їжі у ніс або дихальні шляхи. Останнє викликає напад кашлю. Порушення ротоглоткової фази ковтання спостерігається при таких захворюваннях:

1) центральної нервової системи: бульбарному та псевдобульбарному паралічі, пухлинах мозку, порушенні мозкового кровообігу, центральних паралічах та парезах, аміотрофічному бічному склерозі, паркінсонізмі, хореї, бульбарному поліомієліті, розсіяному склерозі, енцефаломієліті;

2) периферичної нервової та м'язової систем: алкогольний, діабетичний, паранеопластичний нейропатії, ботулізмі, постваготомічному синдромі, дерматоміозиті, поліміозиті, тиреотоксичних та інших різновидах міопатії;

3) місцевих: фарингіті, пухлинах, фістулах, дивертикулах глотки. Основними причинами розладу стравохідної фази ковтання є такі:

1) порушення моторики стравоходу (ахалазія, спазм стравоходу, склеродермія, алкогольна та діабетична полінейропатія, наслідки ваготомії);

2) езофагіт різної етіології (найчастіше рефлюкسهзофагіт);

3) опік стравоходу;

4) приймання похідних фенотіазину (аміазин, етаперазин, френолон, мілерил та ін.) у великих дозах, а також лікарських засобів, які в разі тривалого вживання можуть викликати ерозивний і навіть виразковий езофагіт (антибіотики, препарати заліза, калію хлорид у таблетках, ацетилсаліцилова кислота, індометацин, бутадіон, преднізолон, аскорбінова кислота;), пероральні протидіабетичні препарати – похідні сульфанілсечовини);

5) пухлини, дивертикули стравоходу, утворення мембран;

6) стискання стравоходу пухлинами легень, середостіння.

Психоемоційні фактори, стресові ситуації можуть спровокувати появу дисфагії при органічних захворюваннях, але самі по собі викликають її рідко.

Дисфагія, що виникає при захворюваннях нервової системи, часто характеризується або ізольованим порушенням ротоглоткової фази акту ковтання, або поєднанням його з розладом стравохідної фази. При органічних захворюваннях, стравоходу звичайно спостерігається лише друга фаза.

## Патогенез

В патогенезі дисфагії при захворюваннях стравоходу важливе значення має езофагоспазм, який визивається подразненням зміненої ділянки слизової оболонки стравоходу харчовою грудкою. Про це свідчить, наприклад, той факт, що навіть при механічних порушеннях прохідність стравоходу (рубцевий стеноз, рак) дисфагія звичайно виникає раніше, чим виявляється суттєва механічна перепона проходженню їжі.

## Фізикальне обстеження

Хворого з дисфагією потрібно ретельно оглянути. Загальний вид та маса тіла важливі для діагностики. Лікар повинен ретельно пропальпувати шийні, надключичні лімфатичні вузли та щитовидну залозу, перевірити ступінь рухливості шиї. Аускультатією перевіряють наявність шумів на шиї, ф у пацієнтів із симптомами, які вказують на нейроязеву етіологію дисфагії, обстежують м'язи обличчя та і черепні нерви. Важливо оглянути грудну клітку, щоб виключити

ускладнення з боку легень. При об'єктивному огляді хворого з дисфагією потрібно прослідкувати за актом ковтання. При глотковій дисфагії достатньо дати хворому ковток води, проте якщо є підозра на стравохідну дисфагію з метою діагностики треба попросити проковтнути тверду їжу. Стул хворого повинен бути обстежений на приховану кров.

Хвороби стравоходу мають характерну симптоматику, що дозволяє лікарю правильно оцінювати захворювання та визначити його локалізацію.

Найчастіше хворі із дисфагією скаржаться на відчуті затримки їжі у стравоході, при цьому місце затримки, на яке вони вказують, не обов'язково збігається з локалізацією патологічного процесу. Це пояснюється тим, що патологічний процес у стравоході може викликати спазм інших ділянок його, які знаходяться вище або нижче від місця ураження. Другим за частотою симптомом є ріжучий чи стискаючий біль за грудниною різного ступеня інтенсивності (від незначного до дуже інтенсивного), який частіше поєднується з відчуттям затримки їжі, але іноді може бути її еквівалентом. Якщо дисфагія викликана стисканням стравоходу зовні, то біль найчастіше відсутній, Третій симптом – зригування - виникає пізніше від перших двох і свідчить про

розвиток обструкції. Зригуванню часто передують нудота, слинотеча, проте іноді воно супроводжується лише відчуттям незначного тиску за грудниною. Симптоми порушення надходження їжі в стравохід

Порушення нормального надходження їжі з ротової порожнини у верхню частину стравоходу може призвести до закиду в порожнину носа або рота, нерідко з формуванням розбризкуванням їжі з рота. Часом спостерігається аспірація у верхню частину трахеї, хворий давиться, бризкає слиною, кашляє. Можуть розвинутися аспіраційні пневмонії, які є безпосередньою причиною звертання до лікаря. При глоточному типі дисфагії більш вірогідна аспірація рідкої їжі, чим твердої. Ще одним симптомом порушення надходження їжі може бути неприхована неможливість ковтання або потреба здійснювати зусилля для успішного ковтання.

Стравохідна дисфагія відмічається при порушенні просування рідкої або твердої їжі по стравоходу до шлунку. Акт ковтання починається нормально, але скоро (через 2-3 сек.) харчова грудка «застряє», «зупиняється»,

«потрапляє не туди куди треба», виникає відчуття «кілка». Часто хворі скаржаться на відчуття розпирання за грудниною без больових відчуттів, виключається випадки дифузного спазму стравоходу, при якому біль – основний симптом.

#### Порушення моторики

Такі порушення (типу ахалазії) визивають дисфагії при вживанні твердої та рідкої їжі. Хворі з ахалазією не відчувають печії, але при склеродермії печія буває вираженою і довготривалою. При порушенні моторики часто буває регургітація. Хворі виявляють вночі свій одяг або постільну білизну забруднену їжею, яку з'їли багато годин назад. Коліка стравоходу, характерна для дифузного спазму стравохода, може відчуватися як сильне здавлення або стискаючий біль за грудниною, які нагадують біль при стенокардії, інфаркті міокарду.

#### Механічне звуження

Порушення прохідності стравоходу при раку або стриктурі визивають прогресуючу дисфагію. Спочатку хворому важко їсти м'ясо, сухий хліб і яблука, потім дисфагія виникає при ковтанні будь-якої твердої їжі. Для раку характерно доволі швидке прогресування симптомів, в той же час доброякісна стриктура може розвиватися поволі. Для диференціальної діагностики важливо розпитати хворого про печію, так як вона частіше спостерігається у хворих з пептичними стриктурами. Підвищена чутливість до кислої їжі і рідинам, наприклад до цитрусових або томатному соку, характерні для хворих з пептичним езофагітом і відсутні при злоякісних новоутвореннях.

Дисфагія, яка виникає тільки при вживанні твердої їжі указує на наявність кільця в слизовій стравоходу. В типовому випадку симптоми pojawiaються при ковтанні м'яса «синдром

біфштекса» Хворі скаржаться на застрявання харчової грудки в ділянці мечеподібного відростку і стараються звільнитися від обструкції: випрямляються, закидають голову назад, встають, п'ють воду.

Для інфекційного езофагіту характерно болюче ковтання. Захворювання починається раптово, біль від вживання твердої їжі сильніша, чим від рідкої. Цей стан робить стравохід особливо чутливий до кислого.

Симптоми, які не вказують на захворювання стравоходу

Багато які симптоми із тих, які описують хворі, як утруднене загрудинне ковтання, не пов'язані із захворюваннями стравоходу. Найбільш поширеним із них є пухлина в горлі, яка збільшується при ковтанні і відома як істерична грудка. Це відчуття присутнє постійно. Існує ряд інших симптомів, які хворі пов'язують із шлунково-кишковим трактом, але вони не специфічні і не мають клінічного значення. Це – посилене слиновиділення, печія язика, неприємний запах з рота, гіркота в роті.

Продукти рідкої консистенції при наявності ротоглоткової дисфагії визивають найбільші утруднення при ковтанні.

Рідину неможливо жувати, подрібнювати, утримувати в ротовій порожнині. По цій же причині важко контролювати її перехід із ротової порожнини в глотку. У зв'язку з чим цим пацієнтам рекомендується вживати в їжу більш в'язкі продукти

В тих випадках, коли на перший план у клінічній картині виступає біль за грудниною, необхідно провести диференціальну діагностику, щоб відмежувати його від болю при хворобах серця та судин (стенокардія, інфаркт міокарда, перикардит, аортит, аневризма аорти), виразковій хворобі шлунка з локалізацією виразок у кардіальному відділі, а також при жовчнокам'яній хворобі, медіастиніті, захворюваннях груднини. При цьому треба мати на увазі, що біль при хворобах стравоходу дуже рідко буває локальним. Як правило, він розповсюджується на весь загрудинний простір, а іноді на шию, нижню щелепу, плечі. Цей біль не залежить від фізичного напруження; має пекучий, стискаючий, спазматичний характер, виникає в різні терміни після споживання їжі.

Виникненню болю сприяє вживання алкогольних напоїв; твердої, гострої, гарячої чи, навпаки, дуже холодної їжі. Поєднання болю з відчуттям затримки їжі, а надто із зригуванням, свідчить про зумовленість його захворюванням стравоходу. Зригування та стравохідне блювання відрізняють від шлункового блювання за виглядом блювотних мас чи регургітованої харчової грудки, в яких прийнята пацієнтом їжа майже не змінена і не має кислого смаку. Велика кількість блювотних мас спостерігається в разі низького розташування перешкоди у стравоході або його розширення. При пухлинах, пептичних стриктурах зригування виникає звичайно у більш ранній термін після проковтування їжі порівняно з ахалазією та ковзною грижею стравохідного отвору діафрагми. Переміжна, мало виявлена дисфагія може спостерігатися не лише при функціональних, а й на початку органічних захворювань стравоходу, але в останньому випадку вона з часом збільшується і зрештою стає постійною.

Дисфагія, що з'явилася в людини похилого віку, особливо коли вона поєднується зі зниженням маси тіла і втратою апетиту, майже завжди є ознакою виникнення раку стравоходу чи кардіального відділу шлунка.

Порушення проходження як твердої, так і рідкої їжі, що триває місяцями і полегшується у певній позі чи при вживанні великої кількості рідини і супроводжується болем за грудниною, який не залежить від приймання їжі, найімовірніше; свідчить про наявність ахалазії, а не пухлини стравоходу, особливо коли загальний стан хворого порушений мало, маса тіла значно не зменшена.



Функціональна дисфагія спостерігається дуже рідко. Щоправда, хворі на неврастенію зрідка скаржаться на болі уздовж стравоходу під час споживання гарячої їжі, хоч повільне пиття води кімнатної температури цього відчуття не викликає. Ендоскопія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки змін у них не виявляє. Проте навіть у цих пацієнтів не можна виключити хронічний холецистит з латентним перебігом.

Треба відмежовувати справжню дисфагію від відчуття жмутка в ділянці шиї (globus hystericus), яке з'являється поза прийманням їжі, а під час їди і пиття звичайно зникає. Під старим терміном «істеричний жмуток» розуміли відсутність при цьому як органічних, так і функціональних проявів ураження стравоходу. Зараз цей погляд значною мірою переглянуто, бо далеко не у всіх цих хворих наявні ознаки істерії, а з другого боку, у багатьох з них при ретельному дослідженні поряд з ознаками неврозу були виявлені функціональні і навіть органічні зміни стравоходу, зокрема високий шлунково-стравохідний рефлюкс та рефлюкс-езофагіт.

При постановці діагнозу 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 є: лихоманка; прогресуюча дисфагія; гастроінтестинальна кровотеча; невмотивоване схуднення; анемія; лейкоцитоз; прискорення ШОЕ; симптоми диспепсії, що вперше виникли у віці старше 45 років.

Тактика ведення хворого в залежності від причини

Ретельно зібраний анамнез настановує на правильний діагноз. У більшості пацієнтів з дисфагією найважливішим є з'ясування, чи утруднене ковтання виникає майже включно під час їжі, чи воно зберігається між прийманням їжі. Дисфагія, яка не залежить від прийому їжі, як звичай вказує на globus hystericus, або на неврологічну причину, тоді як дисфагія, яка пов'язана з прийманням їжі дає підстави підозрювати обструктивні патологічні зміни

Фізикальні обстеження.

Оцінка дисфагії повинна включати повне обстеження ротової порожнини, глотки, гортаноглотки і гортані. Почервоніння або припухлість в цих ділянках указує або на інфекцію, або на місцеве подразнення, яке визвано найчастіше курінням, вживанням алкоголю, ГЕРХ або полосканням рота антисептиками

При наявності слинотечі або накопичення слини треба запідозрити або обструктивний процес, або неврологічні розлади. Коли пацієнт скаржиться на зміну в голосі (хрипуватість, шумне дихання) треба виключити злоякісний процес в гортані. При наявності припухлих утворень на шиї можна думати про метастази із первинного вогнища голови і шиї. Пухлини щитовидної залози часто порушують ковтання. Також потрібно перевірити блювотний рефлекс і чи може хворий висунути язик по серединній лінії без зміщення в бік. Це дозволить виключити інсульт або інший неврологічний розлад.

Важливим кроком в обстеженні таких пацієнтів є додаткові методи дослідження.

Додаткові методи дослідження

Крім анамнестичних даних для розпізнавання дисфагії і встановлення її причин послуговуються додатковими дослідженнями. Так, у разі виникнення підозри про можливість порушення ротоглоткової фази ковтання потрібні консультація оториноларинголога та невропатолога. За наявності стравохідної симптоматики слід застосувати рентгенологічне дослідження та ендоскопію стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки. У випадку, коли на перший план виступає біль за грудниною,

який широко іррадіює, необхідно провести електрокардіографічне дослідження як у спокої, так і після навантаження (велоергометрія), рентгенологічне дослідження грудної клітки (можливість медіастиніту, плевриту, перикардиту, аневризми аорти, пухлини), ультразвукове дослідження печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози.

Найбільш адекватними методами виявлення орофарингальної дисфагії є рентгенокінематографія або відео рентгеноскопія акту ковтання. Пацієнт при цьому повинен знаходитись у вертикальному положенні. Оскільки акт ковтання на рівні глотки триває долі секунди, для детальної візуалізації м'язових скорочень необхідно, щоб частота зміни кадрів складала 15-30 /с. Крім того, коли запис зроблено з такою частотою його можна дивитись в повільнішому режимі і уважно вивчити всі зміни.

При підозрі на органічну природу дисфагії у всіх випадках обов'язково здійснюється цілеспрямоване рентгенологічне дослідження стравоходу і шлунку, в деяких випадках показані езофагоскопія з біопсією.

Основний метод рентгенологічного дослідження при дисфагії – рентгеноскопія з контрастуванням стравоходу барієм. Спочатку застосовують рідку барієву суміш, а потім переконавшись у вільному проходженні стравоходу, проводять рентгенологічне дослідження з використанням середньо густої суміші барію, що дозволяє вивчити функцію стравоходу, установити рівень і характер порушень.

З метою вивчення анатомічних деталей стравоходу, ретельного аналізу і документації швидкозмінюючої картини застосовується серійна рентгенографія або відео магнітний запис зображення. Застосовується також подвійне контрастування барієм та повітрям

Ахалазія стравоходу проявляється затримкою барію на рівні кардії. При цьому стравохід, як правило, розширений. При рефлюкс-езофагіті, ускладнений виразкою і склерозом стравохідної стінки, визначають потовщення і деформацію складок слизової оболонки в дистальній ділянці стравоходу, на цьому ж рівні видно нішу –рентгенологічна ознака виразки. Сегментарний спазм стравоходу рентгенологічно проявляється множинними стійкими фіксованими перехватами – так названими штопороподібний стравохід.

Ендосонографія свідчить про стан всіх прошарків стінки стравоходу і навколишніх органів середостіння, допомагає виявити пухлини стравоходу (особливо підслизового шару) і дає оцінку регіональним лімфатичним вузлам, для вирішення питання про оперативне лікування. Метод являється ультразвуковим дослідженням, яке виконується за допомогою введення ультразвукового датчика в стравохід при езофагоскопії.

Можливі ускладнення:

Дисфагія може призвести до руйнівних ускладнень, таким як аспірацій на пневмонія, яка розвивається від попадання їжі або слини по дихальним шляхам в легені. Аспіраційна пневмонія є серйозною предпосилкою, а часом і причиною смерті у літніх людей.

Дисфагія також схиляє до виникнення у пацієнтів таких ускладнень, як задуха та бронхоспазм., а також хронічне недоїдання і загрозлива для життя дегідратація, м'язів виснаження, фізичне ослаблення, асфіксія.

Дисфагія міцно впливає на якість життя. Багато пацієнтів з дисфагією закінчують з трубкою для харчування в роті, тому що вони не спроможні більше самостійно вживати їжу. Пацієнти з трубкою для їжі часто відчують дискомфорт і сильне зниження активності із-за незручностей і болів.

## **Лікування ШД**

- 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 холецистокші-на, що сповільнює моторно-евакуаторну функцію шлунка.

При наявності Н. pylori показане проведення ерадикаційної антихелікобактерної терапії (стратегія "test and treat", ) по одній із прийнятих схем згідно рекомендацій Мاستрихт-5(2016р)

- седативні засоби (настойка 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, закрєпу, 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 умісту 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 у цей час 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 метоклопраміду. 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 (ранітидин, зантак 150-300 мг, фамотидин, квамател 20-40 мг черех 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 кислотообразуючу функцію шлунка, діють на внутрішньоклітинний фермент H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-АТФ-азу, блокуючи роботу протонної помпи й, отже, продукцію соляної кислоти. По антисекреторному ефекту 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 - настойка валеріани, броміди, регулярне приймання їжі невеликими порціями. Забороняється газована 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.

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

При наявності дуоденогастроезофагеального рефлюксу багато авторів також рекомендують

використовувати урсодезоксіхолову кислоту (урсофальк, урсосан, урсохол) протягом тривалого часу у невеликих дозах (зазвичай 1 капсула на добу).

Підтримуюче лікування ГЕРХ може проводитись у 3-х варіантах:

- 1.Тривалий коженденний прийом ІПП у підтримуючих дозах;
- 2.Терапія "за вимогою": прийом ІПП у повній дозі коротким 3-5-денним курсом при поновленні симптоматики;
- 3.Терапія "вихідного дня": прийом ІПП у підтримуючий дозі два дні на тиждень (наприклад, субота та неділя).

" Підтримуюча доза ІПП — це половинна або стандартна доза ІПП (в залежності від клінічних проявів, реакції пацієнта на сам препарат).

Альтернативними методами лікування є ендоскопічні та хірургічні методи лікування.

Хірургічне антирефлюксне лікування.

Показання:

- ☐ наявність грижі стравохідного отвору діафрагми;
- ☐ протяжність 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).

Ведення пацієнтів з позастравохідними проявами ГЕРХ

Для досягнення позитивного результату при курсовому лікуванні позастравохідних проявів ГЕРХ пацієнтам слід призначати ІПП у високій дозі з тривалістю лікування не менше 3 міс. Плануючи лікування ІПП, слід переконатися у відсутності неопроцесів у стравоході та шлунку та уточнити наявність гелікобактерної інфекції. У разі виявлення останньої рекомендується проведення ерадикаційної терапії, оскільки гелікобактерна контамінація слизової оболонки шлунка на фоні терапії ІПП може призводити до її атрофії.

Якщо лікування виявляється неефективним, показано проведення ендоскопії та добового рН-моніторингу з оцінкою реакції на ІПП. При негативних результатах інструментального обстеження стравоходу вельми вірогідна інша патологія. При підтвердженні наявності ГЕРХ терапію продовжують із збільшенням дози ІПП. При зникненні симптомів захворювання переходять на режим підтримуючої терапії, яка проводиться за такими ж схемами, що і при типовій клінічній картині ГЕРХ. У разі неефективності медикаментозної терапії рекомендована хірургічна корекція стану стравохідно-шлункового переходу. Важливо поам'ятати, що кардіальна та стравохідна патологія можуть поєднуватись. Тому таким пацієнтам важливо лікувати одночасно й ІХС, й ГЕРХ.

## Профілактика

Профілактика функціональної диспепсії включає заходи первинного і вторинного порядку.

Первинна профілактика включає: режим і якість харчування, відмова від шкідливих звичок, обстеження на гельмінтози, санація порожнини рота, мінімізація впливу професійних шкідливостей, дотримання гігієнічних правил.

Вторинна профілактика передбачає: дієтичне харчування відповідно до особливостей функціонального стану шлунка, підвищення фізичної активності, загартовування, прийом вітамінів, адаптогенів.

Диспансеризація функціональної диспепсії здійснюється відповідно наказу МО РБ № 48 від 19.12.2003г. Періодичність спостереження: 1 раз на 6 міс, при відсутності ознак захворювання - протягом 2 років. Огляд терапевтом: 1 раз на рік. Вторинна профілактика (з призначенням контрольного обстеження та лікувально-профілактичних заходів). Наслідки: видужання, поліпшення, погіршення (розвиток хронічного гастриту, шлункової або дуоденальної виразки).

### **Прогноз**

Прогноз хворих з синдромом функціональної диспепсії вважається досить сприятливим. Дослідження, які оцінювали динаміку синдрому роздратованого кишечника протягом 27 років, показали, що у 50-75% пацієнтів за цей період відзначалося зменшення вираженості скарг.

Вважають, що можливо це пов'язане зі зменшенням стресових впливів або ж з адаптацією пацієнтів до факторів, що викликають появу клінічних симптомів .

## **Профілактика ГЕРХ**

### **Первинна**

У першу чергу не можна переїдати і зловживати алкоголем. Не захоплюватись пивом, газованими і шипучим безалкогольними напоями, так як гази сприяють появі печії. Її іноді викликають навіть "пористі" страви на кшталт оладок, бісквітів, суфле і збитих вершків. Дуже важливо виключити куріння, яке подразнює слизову стравоходу. При появі печії потрібно виключити з раціону тугоплавкі тваринні жири (баранячий, гусячий), торти і тістечка, гострі соуси і приправи.

Не можна їсти кислі ягоди і фрукти, цитрусові, помідори, а також їх соки, овочі з грубою клітковиною і пекучі рослини (білокачанну капусту, редис, редьку, ріпчасту цибулю, часник). Поменше чорного хліба, шоколаду, кави, та й міцного чаю. Всі напої краще пити теплими. Варто уникати всього, що містить ментол або м'яту, оскільки вони теж можуть спровокувати печію.

Необхідно надати перевагу у харчуванні нежирному м'ясі (краще птиці) і відвареній, запеченій рибі і так званих харчових антацидів: вершки, сметана, сир, яйця некруто, парові омлети. Овочі потрібно їсти у відвареному або запеченому вигляді, а при наполегливій печії - ще й протирати, роблячи з них пюре. Це ж відноситься до яблук та інших фруктів.

Не можна їсти перед сном. Останній прийом їжі має бути не менше ніж за три години до сну, та й то легким, без м'ясних страв. Протягом дня краще їсти частіше (5-6 разів на день), не переїдати, їсти повільно, ковтати невеликими порціями. Після їжі постояти, посидіти, ще краще - прогулятися. Щоб уникнути печії в нічні години, спати на ліжку з нахилом, піднявши подушку на 15-20 сантиметрів.

Не можна напружувати черевний прес: не нахилятися, особливо після їжі, не носити тугих поясів, корсетів, тісного одягу, які б давили на шлунок.

Частіше їсти рослинну клітковину: буряк, фрукти, розпарений чорнослив, злаки, висівки.

### **Вторинна**

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.

### **Прогноз**

Прогноз відносно життя — благоприємний, відносно повного одужання

- сумнівний. Частота рецидивування протягом першого року після вдалого завершення лікування складає 39-65% для ерозивної ГЕРХ та 78-91% для НЕРХ, що обумовлює необхідність тривалої підтримуючої терапії.

Прогностично несприятливі ознаки у відношенні можливого рецидивування ГЕРХ включають у себе:

- Нічні симптоми ГЕРХ
- Виражені порушення моторики стравоходу
- Значне зниження тиску в ділянці НСС (менше 5 мм Не)
- Езофагіт високого ступеня важкості (ступінь С и Д)
- Рефрактерність до стандартних доз ІПП та Н2-блокаторів
- Тривалість (більше 6 тижнів) термінів загоєння езофагіту
- Збереження симптомів після лікування.

### **Диспансерне спостереження**

Диспансерному нагляду підлягають хворі з тривалою печією (більше 10 років), ерозивними формами ГЕРБ, стравоходом Баррета. У випадках стравоходу Баррета тактика лікування визначається ступенем дисплазії епітелію. При дисплазії низького ступеня слід призначати ІПП в подвійній дозі не менше, ніж на 3 міс. з послідовним зниженням їх дози до стандартної. Ендоскопічний контроль з повторними біопсіями слід проводити кожен рік. Для пацієнтів з виявленою дисплазією ВИСОКОГО ступеня, повинно бути виконано ще одне ендоскопічне дослідження з множинною біопсією (особливо із змінених ділянок СО, виявлених при хромоендоскопії) для пошуку інвазивного раку. Якщо в результаті цих досліджень виявлена розповсюджена дисплазія високого ступеня, рекомендується ендоскопічне лікування (ендоскопічна резекція СО) або навіть хірургічне втручання — езофагоектомія.

### **Лікування синдрому дисфагії потребує диференціального підходу в зв'язку з наявністю функціональної і органічної форм.**

Лікування функціональної дисфагії включає роз'яснення хворому суті захворювання, його мінливого характеру і благо приємного прогнозу (reassurance – вселити впевненість), рекомендації по уникненню провокуючих факторів, ретельному пережовуванні їжі та модифікації любых психологічних змін, які пов'язані з виникненням дисфагії. Можливе використання антидепресантів і психотерапії. Можна застосувати емпіричну дилатацію. Релаксанти гладеньких м'язів, ін'єкції ботулотоксину і навіть пневматична дилатація можуть бути корисними у деяких хворих із спастичними розладами, зокрема якщо неповна релаксація нижнього стравохідного сфінктеру і затримка випорожнення дистальної частини стравоходу при рентгеноконтрастному обстеженні з барієм є очевидними. У випадку органічної дисфагії необхідний вплив на порушення моторики, усунення агресивних факторів. З метою корекції моторних порушень потрібно диференційовано використовувати стимулятори моторики або засоби, які її гальмують. До препаратів, які збуджують моторику стравоходу відносяться прокінетики: серед них селективні (домперидон, мотилум, периліум) і неселективні (метоклопрамід) – які збільшують тонус нижнього стравохідного сфінктеру, посилюють рух і прискорюють випорожнення шлунку і транзит вмісту по тонкому і товстому кишківнику. Звичайні дози препаратів 10 мг 3-4 рази на добу за 30 хвилин до їжі.

При гіпермоторних станах рекомендується призначення препаратів з антиспастичним ефектом – антихолінергічні засоби, блокатори кальцієвих каналів, нітрати, міотропних спазмолітиків. Неселективні М-холінолітики (атропін, платифілін, мета цін, бускопан) мають побічні дії. Серед них сухість у роті, зниження гостроти зору, підвищення очного тиску, тахікардія, затримка сечовиділення, атонічний закреп, часом психічні розлади, ейфорія.

Селективні М1 – холіноблокатори (гастроцепін 50 мг 2 рази на добу). Блокатори кальцієвих каналів (дицител по 50-10 мг 3 рази на добу) – гальмують збільшення внутрішньоклітинного кальцію, який необхідний для скорочення гладеньких м'язів. Нітрати – гальмують скорочення гладенької мускулатури за рахунок збільшення внутрішньоклітинної концентрації цГМФ і зниження притока кальцію в гладенькомязеву клітину. Перевагу надають прологірованим нітратам (ізосорбіда моно нітрат по 0,01-0,02 г 2 рази на добу)ю Із групи міотропних спазмолітиків

ефективне призначення но-шпи по 0,04 г, мебеверину (дуспаталіну) по 0,2 рази на добу.

Крім корекції порушення моторики, лікування окремих патологічних станів має свої особливості. Основними методами лікування ахалазії кардії є балонна пневмокардіодилатація. Здійснюються також спроби введення ботулотоксину в область нижнього стравохідного сфінктеру. При неефективності консервативних методик рекомендується операція міотомії. При важкому ступеню дисфагії органічної природи і неможливості її усунення в деяких випадках проводиться гастростомія.

### Прогноз

Багато причин дисфагії піддається лікуванню. Серед них є такі, при яких прогноз є найсприятливіший:

- ГЕРХ

- інфекційні/запальні процеси
- крикофарингеальний спазм
- дивертикул Ценкера
- ахалазія
- пухлини (в ранній стадії)
- Globus hystericus

До станів, при яких можна очікувати спонтанне полегшення, належать дисфагії, вторинні до інсультів, черепно-мозкових травм, поліомієлітів та церебральних паралічів.

Несприятливий прогноз і погіршення можна передбачити при паркінсонізмі, бічному аміотрофічному склерозі, розсіяному склерозі, м'язовій дистрофії, дерматоміозиті, склеродермії.

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) виразки 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

## КЛІНІЧНА ЗАДАЧА

яка пропонувалася для колективного обговорення учасникам конгресу з функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту в Мадриді в 1999р.

Хворий Т., 39 років, звернувся зі скаргами на болі в епігастрії, що супроводжуються появою почуття переповнення в підложечній області, раннього насичення, печію. Зазначені скарги виникають періодично, з різними інтервалами, протягом 18 років. Незадовго до останнього погіршення самопочуття пацієнт втратив роботу (був службовцем в супермаркеті) і змушений був прикладати багато зусиль, для того, щоб закріпитись на новому місці роботи.

Який попередній діагноз Ви вважаєте правильним? а) хронічний гастрит

б) гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба в) диспепсія необстежених

Яке додаткове обстеження необхідно для встановлення остаточного діагнозу?

а) аналіз крові загальний, аналіз сечі загальний, аналіз калу на приховану кров

б) біохімічний аналіз крові

в) фіброгастроскопія з біопсією на *H. pylori* г) ЕКГ

д) рН-метрія шлунка, стравоходу

в) УЗД органів черевної порожнини та щитовидної залози

Дані лабораторного обстеження не відрізнялися від норми. При езофагогастроуденоскопія були виявлені грижа стравохідного отвору діафрагми, активний хронічний гастрит (гістологічно більше виражений в фундальному відділі), позитивний тест на *H.pylori*. Змін при ехографії органів черевної порожнини виявлено не було.

Який діагноз Ви вважаєте правильним?

а) хронічний гастрит, асоційований з пілоричним гелікобактером; б) гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба без езофагіту;

в) диспепсія, змішаний варіант

Виявлено ендоскопічні та морфологічні ознаки хронічного активного гастриту, асоційованого з пілоричним гелікобактером; симптоми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби без езофагіту; змішаного варіанту диспепсії.

Якому лікуванню Ви надасте перевагу?

а) провести ерадикацію *H.pylori*;

б) призначити антацидні препарати;

в) використовувати психотерапевтичні методи лікування.

У зазначеній ситуації принципово можливі всі три варіанти прийняття рішення. Зв'язок погіршення самопочуття з нервово-психічними чинниками дає право обговорювати доцільність застосування психотерапевтичних методів лікування. Присутність симптомів Гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (печія) є показанням для призначення антацидів. Нарешті, наявність гастриту, асоційованого з пілоричним гелікобактером, дає підставу для проведення ерадикаційної терапії, яка, втім, навіть при її успішних результатах аж ніяк не гарантує зникнення диспепсичних симптомів.

З огляду на наявність активного гастриту, асоційованого з *H. pylori*, і можливий причинний зв'язок цих змін з клінічними симптомами, хворому була проведена антигелікобактерна терапія, яка призвела до успішної ерадикації *H. pylori*, однак не сприяла зникненню відчуття тяжкості та перенаповнення в підложечній області і, крім того, супроводжувалася посиленням печії. Які лікарські препарати Ви б призначили?

а) антациди;

б) H2-блокатори;

в) блокатори протонного насоса.

Оскільки на передній план в клінічній картині вийшли проявлення гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, то застосування будь-яких з названих препаратів можна вважати обґрунтованим. Чи правомірно призначення як схеми «step-up» (спочатку антациди і лише при їх неефективності - H2-блокатори та блокатори протонного насоса), так і схеми



«step-down» (блокатори протонного насоса призначаються відразу, після чого у міру поліпшення самопочуття здійснюється перехід на більш слабкі антисекреторні препарати та антациди). Беручи до уваги прогресування у хворого симптомів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, були призначені найефективніші в даній ситуації

лікарські препарати - блокатори протонного насоса в середніх терапевтичних дозах, які призвели до зникнення печії, проте не сприяли зменшенню інших диспепсичних симптомів. Ваша подальша тактика? а) збільшити дози блокаторів протонного насоса;  
б) призначити H<sub>2</sub>-блокатори;  
в) провести заходи з нормалізації способу життя та призначити прокінетики.

Оскільки на передній план в клінічній картині захворювання вийшли прояви пространдіального дистрес-синдрому, кращим виглядає призначення прокінетиків.

З огляду на переважання симптомів, обумовлених порушенням моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, хворому були призначені прокінетики у поєднанні з рекомендаціями припинення куріння і уникання прийому великого об'єму їжі перед сном (які хворий виконав).

Подібне лікування виявилось достатнім для зникнення диспепсичних розладів.

Наведене завдання показує, наскільки непростим може бути ведення хворого, що страждає, здавалося б, банальними диспепсичними розладами і як важливо дотримуватися наведеного вище алгоритму обстеження та лікування хворих з синдромом диспепсії.

#### 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 шлунка 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 *H. pylori* 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 *H. 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 *H. 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 H<sub>2</sub>-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 D<sub>2</sub>-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 акомодатію фундального відділу і спорожнення

шлунку і полегшує симптоми ПДС.В якості потенційно ефективних лікарських засобів для лікування порушень акомодатії фундального відділу шлунку наведені агоністи 5-HT<sub>1A</sub> рецепторів тандоспірон і буспірон, 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, кмін звичайний, розторопша плямиста, меліса лікарська, м'ята перцева, чистотіл великий, солодка гола. Іберогаст® нормалізує акомодатію 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.

### Література:

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.
5. Drossman D.A. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction / D.A. Drossman, W.L. Hasler // Gastroenterology. – 2016. – № 150 (6). – P. 1257-1261.
6. Бельмер С.В. Современное понимание функциональной диспепсии / С.В. Бельмер // Лечащий врач. – М., 2011. – № 6. – С. 22-28.
7. Гастроэнтерология Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
8. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/ Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
9. Клінічна гастроентерологія (Протоколи діагностики і лікування) (Філіпов Ю.О.,Бойко Т.Й.,Гравіровська Н.Г. та інші)-2003.
10. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев,2007.
11. Піманов, С. І. Діагностика та лікування функціональної диспепсії з позицій Римського консенсусу III / С. І. Піманов, Є. В. Макаренко // Гастроентерологія. 2007. Т. 9. № 1.
12. Сілівончик, М. М. Функціональна диспепсія у підлітків / Сілівончик М.М., Мірутко Д.Д. / / Медичні новини. 2009 № 6 с. 31-34.
13. .Передерий В.Г.,Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини Том1. Підручник-К.,2009.-784 с.:іл.
14. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.- К.:Здоров'я,2003.
15. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
16. Внутрішні хвороби/І.М.Ганжа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба, Л.Я.Бабиніна та інші.-

К.:Здоров'я,2002.

17. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. - Полтава. 2004.
18. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
19. Передерий В.Г.,Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей.- Винница: СПД Каштелянов А.И.,2011.
20. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М.Мостового. – 14-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. – 576 с.
21. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
22. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.- К.:Здоров'я, 2003.
23. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
24. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. -Полтава. 2004.
25. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
26. Наказ МОЗ від 13.06.2005 № 271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги. за спеціальністю «Гастроентерологія».
27. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев,2007.
28. Харченко, Н.В. Международный конгресс гастроэнтерологов «Гастро-2009» / Н.В.Харченко, Н.Д.Опанасюк, И.Я.Лопух // Здоров'я України. – 2009. - №23 (228). – С.
- 29.Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
30. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гоэтар-медиа, 2010.
31. Панчишин Ю.М., Радченко О.М., Макаренко Т.М., Комариця О.Й., Гук-Лешневська З.О. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.
32. Радченко О.М. Хронічний ентерит та абдомінальний ішемічний синдром у практиці сімейного лікаря: проблема диференційної діагностики // Сімейна медицина. – 2011. - № 3.
33. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гоэтар-медиа, 2010. – 592 с.

Підготувала к.мед.н. доц.

Г.С. Маслова