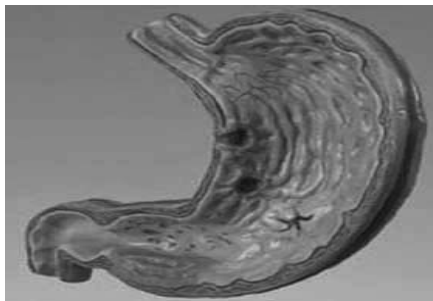


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**  
**МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**  
**КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАКАРПАТСЬКОЇ**  
**ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

**КЛАСИФІКАЦІЯ ТА УНІФІКОВАНІ**  
**КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ ПЕРВИННОЇ,**  
**ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ**  
**ДОПОМОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ**  
**СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА**

для лікарів-терапевтів, сімейних лікарів та  
гастроентерологів



***УЖГОРОД - 2015***

УДК 616.329+616.33] – 08:001.891  
ББК 51.1 (2) 2 + 54.13  
П 83

Посібник містить **КЛАСИФІКАЦІЮ ТА УНІФІКОВАНІ КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИСПЕПСІЇ** (Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600), **ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГЕРХ** (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2013 року № 943), **ГАСТРИТУ, ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДОРΟΣЛИХ** (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 03.09.2014 № 613).

Посібник затверджений до видання на засіданні методичної комісії медичного факультету ДВНЗ «УжНУ».  
Протокол - № 2015/8 від 25.11.2015 року.

**Рецензенти:**

**Сіксай Л. Т.** – д. мед. н., професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**Чобей С. М.** – д. мед. н., професор кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**Підготували:**

*Коваль В.Ю., Сірчак Є.С., Архій Е.Й., Рішко Я.Ф., Брич Н.І., Чемет О.А.*

**Посібник надруковано при підтримці компанії  
Dr. REDDY'S**

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ** (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600)

**ДИСПЕПСІЯ  
ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА**

**Паспортна частина**

**Діагноз:** Диспепсія.

**Шифр згідно МКХ-10:** К30

**Класифікація диспепсії**

- **Недосліджена диспепсія** - первинний синдромний діагноз, застосовується в разі наявності диспепсичного симптомокомплексу у первинного хворого до обстеження.
- **Функціональна диспепсія (ФД) згідно з Римськими критеріями III (2006 р.)**

**Наявність перерахованих нижче симптомів протягом останніх 3 місяців при початку захворювання  $\geq$  6 місяців:**

- Відчуття переповнення після прийому їжі
- Відчуття раннього насичення
- Епігастральний біль
- Відчуття печіння в епігастрії,

а також відсутність органічних захворювань (за результатами ЕГДС, морфологічних досліджень), які дозволили б пояснити існуючі симптоми.

• **Субтипи ФД**

**1. Епігастральний больовий синдром:**

**Наявність болю чи печіння протягом останніх 3 місяців при початку захворювання  $\geq$  6 місяців, які є:**

- Інтермітуючі
- Помірні
- Локалізуються в епігастрії і турбують щонайменше 1 раз на тиждень, які:
- ✓ Не є генералізованими або локалізованими в інших відділах живота чи грудної клітки
- ✓ Не зменшуються після дефекації або відходження газів
- ✓ Не відповідають критеріям діагностики для функціональних розладів жовчного міхура або сфінктера Одді

**II. Постпрандіальний дистрес-синдром:**

**Наявність перерахованих нижче симптомів протягом останніх 3 місяців при початку захворювання  $\geq$  6 місяців:**

- Відчуття переповнення після прийому їжі
- ✓ Відмічається після одноразового прийому звичайної кількості їжі

- ✓ Виникає щонайменше кілька разів на тиждень або
- Раннє насичення
- ✓ Що передує закінченню звичного прийому їжі
- ✓ Виникає щонайменше кілька разів на тиждень

**Потенційні користувачі:** лікарі загальної практики – сімейні лікарі, дільничні терапевти.

**Мета протоколу:** надання первинної медичної допомоги пацієнтам старше 18 років з диспепсією.

**Дата складання протоколу:** 2012 рік.

**Дата перегляду протоколу:** 2015 рік.

#### **Коротка епідеміологічна інформація**

Диспептичні розлади належать до найбільш поширених гастроентерологічних скарг. У США та Великобританії диспептичні скарги спостерігаються у 26 та 41 % населення відповідно.

У 3 % пацієнтів, які вперше звернулися за медичною допомогою, основна скарга — диспепсія. За результатами опитування, лише 25 % пацієнтів з диспепсією звертаються до лікаря. Функціональні розлади шлунка як самостійна нозологічна форма частіше зустрічаються у чоловіків молодого віку, складаючи від 1,5 до 58,8 % випадків захворювання серед гастродуоденальної патології в осіб молодого віку. Розбіжність даних про частоту функціональних розладів шлунка відображає різні погляди авторів на сутність захворювання, а також рівень проведеного обстеження, що не дозволяє розмежувати функціональні розлади шлунка від інших захворювань гастродуоденальної системи (хронічного гастриту, дуоденіту). Порушення різних функцій шлунка можна виявити практично у кожного пацієнта з різноманітними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, однак вони рідко перебігають самостійно і, як правило, не діагностуються.

На сьогодні в Україні поширеність функціональної диспепсії сягає 30-40 %, однак реальна кількість пацієнтів може бути значно більшою, оскільки значна частина населення з подібними скаргами до лікаря не звертається, а у звітах лікарів первинної медичної допомоги з диспансерної патології домінує діагноз «хронічний гастрит», який є неправомірним без гістологічного дослідження гастробіоптатів, чого здебільшого не проводиться. Отже, слід очікувати, що поширеність диспепсії в Україні значно перевищує дані офіційної статистики. Приблизно 50 % пацієнтів практикують самолікування, у більшості випадків користуючись порадами фармацевта місцевої аптеки, і лише один з чотирьох пацієнтів звертається за консультацією до лікаря.

#### **Загальна частина**

Діагноз «функціональна диспепсія» рекомендується застосовувати для визначення захворювання неорганічної природи, що перебігає з типовим синдромом диспептичних скарг (епігастральний біль, раннє насичення, відчуття переповнення після їжі, епігастральна печія), які турбують пацієнта не менше, ніж 12 тижнів (не обов'язково послідовних) протягом останніх 6 місяців, і яка не є проявом органічної патології, що могла б спричинити вказані диспептичні симптоми.

#### **1. Для установ, що надають первинну медичну допомогу**

##### **1. Первинна профілактика**

###### **Положення протоколу**

До заходів первинної профілактики відносяться рекомендації щодо способу життя і дієти та певні психологічні настанови:

- 1.1. Збалансоване харчування, корекція маси тіла, уникнення переїдання;
- 1.2. Уникнення факторів, які провокують порушення травлення: паління, надмірне вживання алкоголю, шоколаду, надмірне вживання жирної, гострої, незвичної їжі, кави, чаю;
- 1.3. Уникнення стресових ситуацій у житті.

##### **Обґрунтування**

На сьогодні не існує переконливих доказів, які підтверджують ефективність рекомендацій щодо ролі дієти, психотерапії і способу життя при лікуванні функціональної диспепсії, але на думку експертів вони мають входити до завдань загального цільового консультування пацієнтів сімейним лікарем.

##### **Необхідні дії лікаря**

###### **Обов'язкові методи первинної профілактики:**

Відсутні.

###### **Бажані методи первинної профілактики:**

Надати Інформаційний листок для пацієнтів (див. Додаток №1), в якому представлені рекомендації щодо здорового способу життя і дієти.

##### **2. Діагностика**

###### **Положення протоколу**

- 2.1. Збір анамнезу
- 2.2. Лабораторна діагностика
- 2.3. Фізикальне обстеження
- 2.4. Консультації спеціалістів: гастроентеролога, психотерапевта (за показаннями).

## Обґрунтування

Доведено, що неінвазивне тестування на наявність *H. Pylori* з подальшим лікуванням є так само ефективним, як і проведення ендоскопії, для визначення тактики ведення пацієнтів з функціональною диспепсією при відсутності тривожних ознак і сумі балів до 5 за шкалою обтяжуючих факторів.

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

Для визначення ефективності ерадикації бактерії *H. Pylori* рекомендується провести С-сечовинний дихальний Хелік-тест або каловий антигенний тест.

Існують дослідження, які доводять, що диспепсія є значно поширенішим захворюванням, на відміну від диспептичного синдрому, спричиненого органічними захворюваннями, тому для більшості пацієнтів у віці молодше 35 для чоловіків, молодше 45 для жінок (даний віковий ліміт для проведення ендоскопії доцільно запровадити, враховуючи епідеміологічну ситуацію щодо раку шлунку в Україні), за відсутності тривожних ознак і обтяжуючих факторів, немає необхідності у проведенні ендоскопічного дослідження. Існують докази, які вказують, що повторне або інвазивне дослідження з метою виявлення органічних причин прояву симптомів може бути не тільки зайвим, а й дати суперечливі результати.

## Необхідні дії лікаря

### Обов'язкові методи діагностики:

#### Особливості збору анамнезу:

1. Оцінити типові симптоми функціональної диспепсії;
2. Оцінити наявність тривожних симптомів або симптомів «червоних прапорців»;
3. Оцінити симптоми та фактори ризику інших проявів органічної патології стравоходу (ГЕРХ) та шлунку (виразки, раку шлунку, гастриту тощо), диспепсії, індукованої прийомом медикаментів, інших функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (СПК, аерофагія, функціональне блювання тощо).

#### Лабораторні методи обстеження:

1. Загальний аналіз крові;
2. Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу);
3. Скринінговий метод діагностики інфекції *H. pylori*:

- 3.1. каловий антигенний тест,
- 3.2. серологічне дослідження,
- 3.3. С-сечовинний дихальний тест,
- 3.4. дихальний Хелік-тест.

#### Інструментальне обстеження:

Направити на ЕГДС обов'язкове для чоловіків старше 35 років, жінок старше 45 років та/або за наявності у пацієнта тривожних симптомів («червоних прапорців»). У пацієнтів молодого віку з коротким анамнезом без тривожних симптомів проведення ЕГДС не обов'язкове.

#### Консультації спеціалістів:

Направити на консультацію до гастроентеролога при виявленні тривожних симптомів (симптомів «червоних прапорців»).

## 3. Методи лікування

### Положення протоколу

#### 3.1. Немедикаментозне лікування

- 3.1.1. Дотримання режиму праці та відпочинку;
- 3.1.2. Дієта;
- 3.1.3. Психологічна корекція.

#### 3.2. Медикаментозне лікування

- 3.2.1. Ерадикаційна антигелікобактерна терапія за наявності *H. pylori* 7-10-14 денними курсами залежно від схеми.
- 3.2.2. Симптоматичне лікування.

## Обґрунтування

Відсутні переконливі докази, які підтверджують ефективність рекомендацій щодо ролі дієти, психотерапії і способу життя при лікуванні функціональної диспепсії, але, на думку експертів, вони мають входити до завдань загального цільового консультування пацієнтів сімейним лікарем.

Схеми ерадикаційної терапії, рекомендовані до застосування Міжнародним Консенсусом Маастрихт III, Маастрихт IV, мають високу ефективність. Доведено, що подовження тривалості стандартних схем ерадикаційної терапії до 10-14 днів, а також застосування послідовної терапії призводить до вірогідно більш високого відсотку успішної ерадикації, однак може супроводжуватись збільшенням частоти побічних ефектів медикаментозної терапії.

## Необхідні дії лікаря

### Обов'язкові методи лікування:

1. Надаати загальні рекомендації щодо режиму праці та відпочинку, дієти.

2. Провести ерадикаційну антигелікобактерну терапію однією із схем першої лінії (трёхкомпонентна терапія) протягом 7-10-14 днів або послідовна терапія протягом 10 днів за наявності H.pylori. В разі неефективності вказаних вище схем, рекомендовано застосування чотирьохкомпонентної схеми протягом 10-14 днів або послідовної терапії, якщо вона не застосовувалась в терапії першої лінії. В разі неефективності вищезазначених схем – терапія «порятунку».
3. Призначити ППП та/або стимулятори перистальтики (зважаючи на клінічний варіант диспепсії) протягом 4 тижнів при негелікобактерній диспепсії з подальшою оцінкою стану пацієнта.
4. Симптоматичне лікування за необхідності.

#### **Бажані методи лікування:**

Проведення роз'яснювальної роботи з пацієнтом щодо суті його захворювання з акцентуванням уваги на тому, що зміни з боку органів ШКТ мають функціональний характер.

#### **4. Подальше спостереження**

##### **Положення протоколу**

- 4.1. Пацієнти з функціональною диспепсією не потребують диспансеризації.
- 4.2. Заходи вторинної профілактики:
  - 4.2.1. Інформувати пацієнта про доцільність повторного звернення та обстеження при нових симптомах;
  - 4.2.2. Рекомендувати уникати порушень режиму харчування, паління, надмірне вживання жирної, гострої, незвичної їжі, кави, чаю;
  - 4.2.3. Рекомендувати уникати стресових ситуацій.

#### **Обґрунтування**

Відсутні докази щодо доцільності диспансеризації пацієнтів з функціональною диспепсією.

#### **Необхідні дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

Проводити опитування пацієнта при повторних візитах щодо наявності тривожних симптомів (симптомів «червоних прапорців»), оцінка обтяжуючих факторів і вирішення питання про доцільність його обстеження в закладах, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

#### **Етапи діагностики і лікування**

##### **1. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики**

##### **Діагностика функціональної диспепсії (додаток 6)**

##### **Діагностичні критерії функціональної диспепсії (Римські критерії III):**

1. Одна або декілька скарг, якщо вони «активні» протягом останніх 3-х місяців перебігу захворювання щонайменше 6 місяців:
  - 1.1. неприємне постпрандіальне перепоовнення;
  - 1.2. швидке перенасичення;
  - 1.3. епігастральний біль;
  - 1.4. епігастральна печія.
2. Брак даних щодо органічної патології, в т.ч. результатів верхньої ендоскопії, які могли б пояснити генез скарг.

Встановлення робочого діагнозу диспепсії найбільш доцільне для більшості пацієнтів з диспептичними проявами, у яких відсутні „тривожні ознаки” (табл. 1) та обтяжуючі фактори (табл. 2), з негативними результатами початкових обстежень.

#### **Симптоми «червоних прапорців» («тривожні ознаки»)**

Таблиця 1.

1	Ознаки шлунково-кишкової кровотечі (блювання з домішками крові, мелена)
2	Немотивована анемія
3	Немотивована прогресуюча втрата маси тіла
4	Прогресуюча дисфагія
5	Персистуюче блювання
6	Підвищення ШОЕ, лейкоцитоз
7	Надключична лімфаденопатія
8	Симптоми диспепсії, які вперше виникли в віці після 45 років

За наявності у пацієнта з диспептичним синдромом одного або декількох з наведених вище симптомів, йому обов'язково рекомендується проведення ендоскопічного обстеження з гастробіопсією (при необхідності) та гістологічним дослідженням гастробіоптатів, оскільки функціональний характер диспепсії є сумнівним і свідчить про наявність органічної природи синдрому.

#### **Шкала обтяжуючих факторів**

Таблиця 2.

Обтяжуючий фактор	Кількість балів
Вік: чоловіки > 35 років, жінки > 45 років	2
Чоловіча стать	2

Надлишкова маса тіла (індекс маси тіла > 25)*	1
Вживання алкоголю > 30 г./ день	1
Паління >10 сигарет/ день	1
Вживання НПЗЗ та ГК	2
Виразка в анамнезі	2
Рак шлунку/стравоходу у родичів пацієнта	3

\* – розрахунок індексу маси тіла:

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{маса тіла(кг)}}{[\text{зріст (м)}]^2}$$

Якщо сума балів за шкалою обтяжуючих факторів перебільшує 5, пацієнту з диспепсією рекомендується проведення ендоскопічного обстеження з гастробіопсією та гістологічним дослідженням гастробіоптатів.

**Діагноз диспепсія:** при визначенні захворювання вперше рекомендовано встановлювати діагноз „недосліджена диспепсія”. Після встановлення діагнозу захворювання визначається як „функціональна диспепсія” та згідно Римських критеріїв III, може розподілятися на „постпрандіальний дистрес-синдром” (який перебігає з переважанням симптомів гастростазу) та „синдром епігастрального болю” (який характеризується переважанням больової симптоматики), що може мати значення для диференційованого призначення патогенетичної терапії.

#### Диференціальна діагностика:

Виявлення у пацієнта тривожних симптомів або симптомів «червоних прапорців», до яких належать дисфагія, блювання з домішками крові, мелена, лихоманка, немотивоване схуднення, анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, ставить під сумнів діагноз функціональної диспепсії і вказує на наявність диспептичного синдрому як прояву органічної патології шлунку (виразки, раку шлунку, гастриту тощо).

Характерними типовими симптомами ГЕРХ є печія та відрижка кислим (регургітація). Пацієнти, в яких симптоми з’являються з частотою 2 рази на тиждень протягом 4-8 тижнів та більше, повинні розглядатись як ті, що мають ГЕРХ. Для підтвердження діагнозу застосовують тест з ІПП, ЕГДС та результати 24-годинного стравохідного рН-моніторингу.

Диспепсію часто доводиться диференціювати з іншими функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту: СПК, аерофагія, функціональне блювання тощо. СПК проявляється болями в животі, які зникають після акту дефекації і супроводжується метеоризмом, проносами, закрепами, відчуттям неповного спорожнення кишечника. Аерофагія визначається як повторна відрижка, обумовлена заковтуванням повітря, що викликає дискомфорт, і відзначається впродовж не менше, ніж 12 тижнів протягом року. Діагноз ставиться на підставі анамнезу та

об’єктивного підтвердження наявності підвищеного заковтування повітря. Пацієнти з аерофагією потребують обов’язкової консультації психіатра для виключення депресії і підвищеної тривоги. Функціональне блювання діагностується тільки після ретельного обстеження пацієнта з проведенням гастродуоденоскопії, рентгенологічного дослідження ДПК і тонкої кишки, КТ, визначенням вмісту електролітів, оцінки евакуаторної функції шлунка, а також після ретельного вивчення стану ЦНС.

#### Алгоритм медикаментозного лікування

Крім класичних схем трьох- та чотирикомпонентної терапії для лікування диспепсії, асоційованої з H.Pylogi, описані також альтернативні схеми ерадикації, ефективність яких може виявитися вищою за класичні. На початку терапії для проведення ерадикації H.Pylogi (табл. 3) доцільно використовувати стандартні схеми (суворо дотримуватись переліку препаратів і термінів лікування).

#### Рекомендовані схеми ерадикаційної терапії H.pylogi

згідно Консенсусу Маастрихт III, 2005, Маастрихт IV, 2010

Таблиця 3

<b>Трьохкомпонентна терапія 1-ї лінії</b>			
Тривалість лікування: 7-14 днів			
ІПП 1 доза 2 рази на добу	КЛАРИТРОМІЦИН 500 мг 2 рази на добу	АМОКСИЦИЛІН 1000 мг 2 рази на добу	
<b>Трьохкомпонентна терапія при алергії на пеніцилін</b>			
Тривалість лікування: 7-14днів.			
ІПП 1 доза 2 рази на добу	КЛАРИТРОМІЦИН 500 мг 2 рази на добу	МЕТРОНІДАЗОЛ 500 мг 2 рази на добу	
<b>Послідовна терапія</b>			
ІПП 1 доза 2 рази на добу +Амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу 5 днів з подальшим переходом на ІПП+кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу + метронідазол (або тинідазол) 500 мг 2 рази на добу 5 днів			
<b>Стандартна чотирикомпонентна терапія (терапія 2-ї лінії, схема квадротерапії)</b>			
<b>Проводиться у разі незадовільного результату терапії 1-ї лінії</b>			
Тривалість: 10-14 днів			
ІПП 1 доза 2 рази на добу	ВІСМУТУ СУБ-ЦИТРАТ 120 мг 4 рази на добу	МЕТРОНІДА-ЗОЛ 500 мг 3 рази на добу	ТЕТРАЦИКЛІН 500 мг 4 рази на добу

## Терапія «порятунку» при неефективності первинних схем

Тривалість 10-14 днів

ППП 1 доза 2 рази на добу	Амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу	Рифабутин 300 мг 1 раз на добу або левофлораксацин 500 мг 1 раз на добу
---------------------------------	---------------------------------------	--

Лікування розпочинати із застосування класичної трьохкомпонентної або послідовної схем ерадикаційної терапії.

Контроль ерадикації повинен проводитися через 4 – 6 тижнів каловим антигенним або дихальним тестами.

При наявності функціональної диспепсії, що перебігає по типу постпрандіального дистрес-синдрому, рекомендовано застосовувати стимулятори перистальтики, хоча значення цих препаратів у лікуванні функціональної диспепсії згідно наявної доказової бази є непевним.

При функціональній диспепсії, що перебігає по типу синдрому епігастрального болю, рекомендовано призначати ППП чи антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів.

Лікування негелікобактерної диспепсії ППП або антагоністами H<sub>2</sub>-рецепторів та/або стимуляторами перистальтики (прокінетиками) повинно призначатися на 4 тижні, після чого оглянути пацієнта. Якщо впродовж даного проміжку часу симптоми захворювання зникли, лікування припинити. Якщо спостерігається частковий ефект, лікування продовжити ще на 4 тижні з подальшою оцінкою стану пацієнта. Якщо поліпшення не відбулося, необхідно направити пацієнта на дообстеження до лікувального закладу, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

### Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення) – додаток 2:

1. Інгібітори протонної помпи: Езомепразол, Лансопразол, Омепразол, Пантопразол, Рабепразол.
2. Антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів: Ранітидин, Фамотидин.
3. Стимулятори перистальтики (прокінетики): Домперидон, Метоклопрамід.
4. Антибактеріальні засоби: Амоксицилін, Кларитроміцин, Левофлораксацин, Метронідазол, Рифабутин, Тетрациклін, Тинідазол.
5. Вісмуту субцитрат.

## УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2013 року № 943)

### ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА

Код МКХ-10:

**К 21** Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

**К 21.0** Шлунково-стравохідний рефлюкс з езофагітом

**К 21.9** Шлунково-стравохідний рефлюкс без езофагіту

**К 22.1** Пептична виразка стравоходу

**Класифікація гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ)**

**За характером ендоскопічних змін у стравоході:**

- **Неерозивна ГЕРХ** (НЕРХ, ендоскопічно негативний варіант, ГЕРХ без езофагіту, симптоматична ГЕРХ)
- **Ерозивна ГЕРХ** (рефлюкс-езофагіт, ендоскопічно позитивний варіант, ГЕРХ з езофагітом)
- **Ступінь проявів рефлюкс-езофагіту (Лос-Анджелеська класифікація, 1998 р.):**
  - Ступінь А – одне (або більше) ушкодження, довжиною менш ніж 5 мм, яке відокремлено межами складок слизової оболонки стравоходу;
  - Ступінь В – одне (або більше) ушкодження слизової оболонки, довжиною більш ніж 5 мм, відокремлено межами складок, які не зливаються між собою;
  - Ступінь С – одне (або більше) ушкодження слизової оболонки, яке розповсюджується на 2 складки (або більше), але займає менше, ніж 75% окружності стравоходу;
  - Ступінь D – ушкодження слизової оболонки, яке займає більше 75% окружності стравоходу.
- **Ускладнення ерозивної ГЕРХ:**
  - Пептична виразка стравоходу
  - Кровотеча
  - Стрикттури стравоходу
- **Стравохід Баррета** (кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу)
  - За довжиною сегмента стравоходу Баррета
    - Короткий сегмент стравоходу Баррета
    - Довгий сегмент стравоходу Баррета
  - За Празькими критеріями\*:
    - Величина критерію С: різниця між глибиною введення ендоскопа до рівня циркулярної (С) метаплазії та відстанню до стравохідно-шлункового переходу (СШП)

- Величина критерію М: різниця між глибиною введення ендоскопа до рівня максимальної (М) метаплазії та відстанню до стравохідно-шлункового переходу

**За характером клінічних проявів:**

- **Типовий рефлюксний синдром**
- **Синдром загрудинного рефлюксного болю**
- **Екстраезофагеальні прояви ГЕРХ**

- З встановленим зв'язком:
  - ✓ Хронічний кашель
  - ✓ Рефлюкс-ларингіт
  - ✓ Астма
  - ✓ Ушкодження зубної емалі
- З передбачуваним зв'язком:
  - ✓ Фарингіт
  - ✓ Синусит
  - ✓ Рецидивуючий середній отит
  - ✓ Ідіопатичний фіброз легенів

• **Рефрактерна ГЕРХ**

\*- **Визначення Празьких критеріїв.** Спочатку потрібно визначити стравохідно-шлунковий перехід (СШП) за глибиною введення ендоскопа – до рівня вершин складок слизової оболонки шлунка та рівня кардіального жому, наприклад – 36 см. Потім встановити наявність видимих «язиків» метаплазії вище СШП та визначити глибину введення ендоскопа до рівня проксимального краю циркулярної метаплазії (наприклад, 22 см) і максимальної метаплазії (наприклад, 30 см). Різниця між глибиною введення ендоскопа до рівня циркулярної (С) метаплазії та відстанню до СШП складає величину критерію С (36 см – 30 см = С6). Різниця між глибиною введення ендоскопа до рівня максимальної (М) метаплазії та відстанню до СШП складає величину критерію М (36 см – 22 см + М14). В даному випадку Празькі критерії описуватимуться як С6 і М14.

**Потенційні користувачі:** лікарі загальної практики-сімейні лікарі, терапевти дільничні, гастроентерологи.

**Мета протоколу:** організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам старше 18 років з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою.

**Дата складання протоколу:** липень 2013 рік

**Дата перегляду протоколу:** липень 2016 рік

**Коротка епідеміологічна інформація**

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) як самостійна нозологічна одиниця отримала офіційне визнання в жовтні 1997 р. на міждисциплінарному конгресі гастроентерологів і ендоскопістів в м. Генвалі (Бельгія). Всесвітньою організацією гастроентерологів ГЕРХ визнано за-

хворюванням XXI століття, на яке страждає від 20 до 50 % населення різних країн світу. ГЕРХ є провідною причиною зниження якості життя, працездатності та розвитку ряду ускладнень, наприклад стравоходу Барретта. Достовірні дані щодо розповсюдженості ГЕРХ в Україні відсутні.

**Загальна частина**

Даний уніфікований клінічний протокол розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба», в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ. Положення уніфікованого клінічного протоколу, побудованого на доказах, спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із ГЕРХ і охоплюють всі етапи. Заходи з профілактики, раннього (своєчасного) виявлення даного захворювання дозволять суттєво поліпшити якість та зменшити витрати на медичну допомогу.

Діагноз ГЕРХ рекомендується для визначення хронічного рецидивуючого захворювання, зумовленого порушенням моторно-евакуаторної функції гастроезофагеальної зони, що характеризується спонтанним або регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового й дуоденального вмісту, що приводить до ушкодження дистального відділу стравоходу та вимагає тривалої терапії для досягнення високої якості життя пацієнтів і профілактики ускладнень. Діагноз ГЕРХ має ґрунтуватися на оцінці скарг хворого, тривалості анамнезу захворювання і не потребує проведення будь-яких діагностичних тестів у хворих молодого віку з коротким анамнезом захворювання.

**Основна частина**

**1. ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>1. Первинна профілактика</b>		
1.Збалансоване харчування, нормалізація маси тіла, уникнення переїдання; 2. Уникнення факторів, які провокують виникнення ГЕРХ: паління, надмірного вживання алкоголю, шоколаду, жирної, гострої їжі, ковани, чаю, тяжкої фізичної роботи, пов'язаної з нахилами тулуба, підйому важкого.	Існують докази стосовно виникнення ГЕРХ у хворих з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатнім вживанням харчових волокон, переїданні. Корекція способу життя є обов'язковою складовою лікування та профілактики подальшого розвитку ГЕРХ.	<b>Обов'язкові:</b> Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку ГЕРХ, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем (додаток 3).



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>2. Діагностика</b>		
Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення наявності кислотозалежного захворювання, диференційної діагностики щодо ішемічної хвороби серця, зокрема гострого коронарного синдрому.	Доведено, що основним методом діагностики GERX, особливо у пацієнтів молодого віку, є ретельно зібраний анамнез, який дозволяє встановити діагноз без проведення ЕГДС, за допомогою пробного лікування. З діагностичною метою можуть бути проведені: <ul style="list-style-type: none"> <li>• тест з альгінатами / антацидами;</li> <li>• ІПП-тест.</li> </ul> Проведення ЕГДС обов'язкове за наявності тривожних симптомів (розділ IV, табл. 2), в разі неефективного пробного лікування, у осіб старше 50 років. Доведено, що рентгенологічне дослідження з барієм має обмежене значення в діагностиці GERX і не рекомендується.	<b>Обов'язкові:</b> <u>1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:</u> 1.1. Типові симптоми GERX; 1.2. Наявність тривожних симптомів; 1.3. Симптоми та фактори ризику інших проявів органічної патології шлунку та стравоходу (виразки, раку шлунку, гастриту тощо), диспепсії, індукованої прийомом медикаментів; 1.4. Позастравохідні прояви GERX. <u>2. Фізикальне обстеження.</u> <u>3. Лабораторні методи обстеження:</u> Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу). <u>4. Діагностичний тест з альгінатами/антацидами або ІПП-тест.</u> <u>5. Інструментальні методи обстеження:</u> 5.1 ЕКГ; 5.2. Направити на ЕГДС за наявності тривожних симптомів, в разі неефективного пробного лікування (тесту з альгінатами / антацидами або ІПП-тесту), осіб старше 50 років з підозрою на GERX. <u>6. Направити на консультацію до:</u> 6.1. Гастроентеролога при виявленні рефлюкс-езофагіту ступеню В, С, D, стравоходу Барретта; 6.2. Хірурга при розвитку ускладнень; 6.3. Онколога при підозрі щодо злоякісного новоутворення.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>3. Методи лікування</b>		
Лікування пацієнтів з неускладненою GERX – НЕРХ та GERX ступеню А здійснюється із застосуванням немедикаментозних методів та засобів фармакотерапії. Спосіб прийому та дозування лікарських засобів визначається відповідно з індивідуальною відповіддю пацієнта.	Доведено, що ІПП є найбільш ефективними препаратами лікування пацієнтів з GERX. Дози та тривалість лікування залежать від перебігу GERX та ступеню ураження стравоходу. Доведено, що причиною неефективності лікування в переважній більшості випадків є неадекватний режим дозування та прийому лікарських засобів. Доведеною особливістю лікування пацієнтів з GERX є тривалість основного курсу від 4 до 8 тижнів з подальшим переходом на підтримуючу терапію. Підтримуюча терапія проводиться мінімально ефективною дозою ІПП або антагоністами H <sub>2</sub> -рецепторів гістаміну, а також призначенням антацидів чи альгінатів. Доведена ефективність різних варіантів підтримуючої дози: від щоденного прийому ІПП або антагоністів H <sub>2</sub> -рецепторів гістаміну при більш тяжких варіантах перебігу до прийому «на вимогу» (on-demand) або переривчастого прийому (через день).	<b>Обов'язкові:</b> 1. Надавати рекомендації щодо режиму харчування, способу життя та фізичних навантажень (додаток 3). 2. Призначення ІПП: тривалість основного курсу медикаментозного лікування від 4 до 8 тижнів, при ерозивному рефлюкс-езофагіті курс лікування не менше 8 тижнів. Можливе призначення подвійних доз ІПП, збільшення тривалості прийому препарату. При відсутності відповіді на лікування направити пацієнта до гастроентеролога. 3. Призначення стимуляторів перистальтики за наявності порушень моторики гастроудоденальної зони на 1-2 місяця. 4. Підтримуюча терапія після основного курсу лікування: 4.1. Терапія залежно від індивідуальної відповіді: «на вимогу» або переривчастий прийом ІПП в стандартній або половинній дозі пацієнтам з НЕРХ, при легкому й помірному ступені GERX (ступінь А, В); 4.2. Призначення альгінатів, антацидів (за потребою); 4.3. Призначення антагоністів H <sub>2</sub> -рецепторів гістаміну на ніч при «нічних проривах» симптомів.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>4. Подальше спостереження / диспансеризація</b>		
1. Пацієнти з ГЕРХ потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.	Доведено, що ГЕРХ може бути чинником розвитку тяжких ускладнень, зокрема кровотечі, стриктури стравоходу, стравоходу Барретта. Пацієнти з ГЕРХ повинні знаходитись на диспансерному обліку з оглядом 1 раз на рік або на вимогу. Огляд проводиться всім пацієнтам з ГЕРХ для виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.	<b>Обов'язкові:</b> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану диспансеризації. 2. Проводити 1 раз на рік диспансеризацію пацієнта, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і при необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога. 3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (додаток 3).  <b>Бажані:</b> Направлення в період ремісії на санаторно-курортне лікування (додаток 4).

## 2. ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>1. Первинна профілактика</b>		
1. Збалансоване харчування, нормалізація маси тіла, уникнення переїдання; 2. Уникнення факторів, які провокують виникнення ГЕРХ: паління, надмірного вживання алкоголю, шоколаду, жирної, гострої їжі, кави, чаю, важкої фізичної роботи, пов'язаної з нахилами тулуба, підйому важкого, прийняття горизонтального положення тіла протягом трьох годин після їжі.	Існують докази залежності виникнення ГЕРХ у хворих з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатнім вживанням харчових волокон, переїдання. Корекція способу життя є обов'язковою складовою лікування та профілактики подальшого розвитку ГЕРХ.	<b>Обов'язкові:</b> 1. Оцінити дотримання та ефективність рекомендацій, наданих сімейним лікарем/дільничним терапевтом. 2. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку ГЕРХ, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>2. Діагностика</b>		
Діагностика націлена на підтвердження наявності ГЕРХ, диференційну діагностику з серцево-судинними захворюваннями, встановлення причин неэффективного лікування захворювання на етапі первинної допомоги, виявлення важких ускладнень.	Доведено, що основними методами діагностики ГЕРХ, особливо у пацієнтів молодого віку, є ретельно зібраний анамнез. З діагностичною метою може бути проведено пробне лікування альгінатами/антацидами або ІПП-тест. За наявності відповідних скарг, особливо у пацієнтів 40 років і старше, важливо виключити ішемічну хворобу серця. За наявності задишки, пітливості, слабкості або у пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань серця необхідна ЕКГ перед обстеженням шлунково-кишкового тракту. Проведення ЕГДС обов'язкове при наявності тривожних симптомів (розділ IV, табл. 1), неэффективного тесту з альгінатами/антацидами або ІПП-тесту, у осіб старше 50 років. При неефективності лікування, довготривалому перебігу захворювання доцільно провести хромоендоскопію, яка є ефективним методом діагностики ГЕРХ, стравоходу Барретта. Доведено, що рентгенологічне дослідження з барієм має обмежене значення в діагностиці ГЕРХ і не рекомендується.	<b>Обов'язкові:</b> <b>1. Збір анамнезу:</b> 1.1. Оцінити типові симптоми ГЕРХ; 1.2. Оцінити наявність тривожних симптомів (табл. 1); 1.3. Виключити органічну патологію шлунка та стравоходу (виразки, раку шлунка, гастриту тощо), диспепсії, індукованої прийомом медикаментів; 1.4. Оцінити наявність поза-стравохідних проявів ГЕРХ.  <b>2. Лабораторні методи.</b> 2.1. Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу); 2.2. Діагностика інфекції <i>H. pylori</i> (в разі довготривалого використання кислотознижуючих препаратів, за наявності ускладнень ГЕРХ) одним з методів: • каловий антигенний тест; • серологічне дослідження; • <sup>13</sup> C-сечовинний дихальний тест.  <b>3. Діагностичний тест з альгінатами / антацидами або ІПП-тест.</b>  <b>4. Інструментальні методи:</b> 4.1. ЕКГ; 4.2. ЕГДС (проводиться за наявності тривожних симптомів, в разі неефективного пробного лікування, у осіб старше 50 років, при тривалості захворювання більше 10 років); 4.3. Хромоендоскопія (при підозрі щодо розвитку стравоходу Барретта); 4.4. рН-метрія стравоходу (при невстановленому діагнозі за допомогою ЕГДС, відсутності відповіді на кислотосупресивне лікування);

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		5. <u>Консультація:</u> 5.1. Хірурга за наявності тривожних симптомів, ускладнень; 5.2. Онколога при підозрі щодо злоякісного новоутворення.
<b>3. Методи лікування</b>		
При лікуванні здійснюється пошук оптимального поєднання медикаментозних і немедикаментозних засобів. Лікування здійснюється амбулаторно, за винятком випадків GERX з ускладненнями.	Доведено, що ІПП є найбільш ефективними препаратами лікування хворих на GERX. Дози та тривалість лікування залежать від варіанту перебігу GERX та ступеню ураження стравоходу.	<b>Обов'язкові:</b> 1. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (див. додаток 3). 2. Призначення ІПП: • якщо немає видимих ушкоджень слизової оболонки стравоходу (НЕРХ) або діагностується рефлюкс-езофагіт ступеню А, В; тривалість основного курсу лікування – від 4 до 8 тижнів; • при ерозивному рефлюкс-езофагіті ступеню С, D – курс лікування не менше 8 тижнів; • при відсутності у пацієнта відповіді на лікування – подвійні дози ІПП, курс лікування – 8 – 12 тижнів. 3. Призначення урсодезоксихолової кислоти протягом 1-2 місяців, сорбентів протягом 10 днів – при наявності змішаного рефлюкату. 4. Призначення стимуляторів перистальтики протягом 1-2 місяців за наявності порушень моторики гастроуденальної зони. 5. Ерадикаційна антихелікобактерна терапія проводиться згідно з положеннями уніфікованого клінічного протоколу первинної
<b>3.1. Немедикаментозне лікування</b> 3.1.1. Дотримання режиму праці та відпочинку; 3.1.2. Уникнення надмірного вживання продуктів харчування.	Доведеною особливістю лікування хворих з GERX є тривалість основного курсу від 4 до 8 тижнів в залежності від тяжкості протікання з подальшим переходом на підтримуючу терапію.	
<b>3.2. Медикаментозне лікування:</b> 3.2.1. Інгібітори «протонної помпи»; 3.2.2. Стимулятори перистальтики; 3.2.3. Ерадикаційна антихелікобактерна терапія при наявності інфекції <i>H. pylori</i> у пацієнтів з GERX (стадія С, D), наявності ускладнень, при плануванні тривалого багатомісячного прийому ІПП; 3.2.4. Підтримуюча терапія після основного курсу лікування.	Підтримуюча терапія повинна проводитись мінімальною ефективною дозою ІПП або антагоністами $H_2$ -рецепторів гістаміну, з застосуванням антацидів чи альгінатів, режим прийому ІПП або антагоністів $H_2$ -рецепторів гістаміну від щоденного до прийому на вимогу (on-demand) або переривчастого прийому (через день). Доведено, що ерадикація <i>H. Pylori</i> не завжди усуває симптоми та впливає на перебіг GERX. Доцільно проводити ерадикацію у випадках, коли передбачається довготривале використання кислотознижуючих препаратів, а також при наявності ускладнень. При неускладнених	

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	варіантах перебігу GERX з катаральним езофагітом ефективність ерадикації <i>H. pylori</i> не доведена.	медичної допомоги «Диспепсія». 6. Підтримуюча терапія призначається після основного курсу: 6.1. Призначення терапії «на вимогу» або переривчастий прийом ІПП в стандартній або половинній дозі пацієнтам з НЕРХ, при легкому й помірному ступені GERX (ступінь А, В); 6.2. Призначення безперервного тривалого прийому ІПП у половинній дозі, можливо додаткове призначення антагоністів $H_2$ -рецепторів гістаміну або ІПП в стандартній дозі на ніч при наявності «нічних проривів» (для пацієнтів з важкою формою GERX ступеню С, D); 6.3. Призначення альгінатів, антацидів (за потребою). 7. Хірургічне лікування розглядається при неефективності медикаментозного лікування та за наявності ускладнень
<b>4. Госпіталізація</b>		
Лікування в умовах стаціонару здійснюється при наявності ускладнень або необхідності хірургічного лікування	Показаннями для госпіталізації є наявність ускладнень, а саме: кровотеча, стриктура стравоходу, стравохід Барретта або потреба у ендоскопічному/ хірургічному лікуванні GERX.	При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація: – направлення на госпіталізацію; – виписка з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>5. Подальше спостереження</b>		
<p>1. Пацієнти з ГЕРХ перебувають на диспансерному обліку</p> <p>2. Рекомендувати заходи вторинної профілактики: зміна способу життя – уникати порушень режиму харчування, паління, тяжкої фізичної роботи, пов'язаної з нахилами тулуба, підйомом важкого, нормалізувати масу тіла, не приймати горизонтального положення тіла протягом трьох годин після вживання їжі.</p>	<p>Пацієнти з ГЕРХ повинні знаходитись на диспансерному обліку з оглядом 1 раз на рік або на вимогу.</p> <p>Огляд проводиться всім пацієнтам з ГЕРХ для виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.</p>	<p><b>Обов'язкові:</b></p> <p>1. Продовження лікування амбулаторно, тривалість та схеми лікування див. 3.2.</p> <p>2. Опитування пацієнта при повторних візитах щодо наявності тривожних симптомів, оцінка обтяжуючих факторів і вирішення питання про доцільність його обстеження в закладі, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.</p> <p>3. Рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (додаток 3).</p> <p><b>Бажані:</b> Направлення в період ремісії на санаторно-курортне лікування (додаток 4).</p>

## Опис етапів медичної допомоги

### Критерії діагностики ГЕРХ:

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

Встановлення діагнозу ГЕРХ найбільш доцільне для більшості пацієнтів з типовими скаргами на печію, у яких не спостерігаються «тривожні ознаки». При встановленні клінічного діагнозу необхідно визначити ступінь ушкодження стравоходу після ендоскопічної обстеження (А, В, С, D) згідно Лос-Анджелеської класифікації.

### Загальний алгоритм діагностики та лікування

#### Ступені рефлюкс-езофагіту згідно Лос-Анджелеської класифікації:

**А** - Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною не більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки.

**В** - Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки, що не зливаються проміж собою (складками).

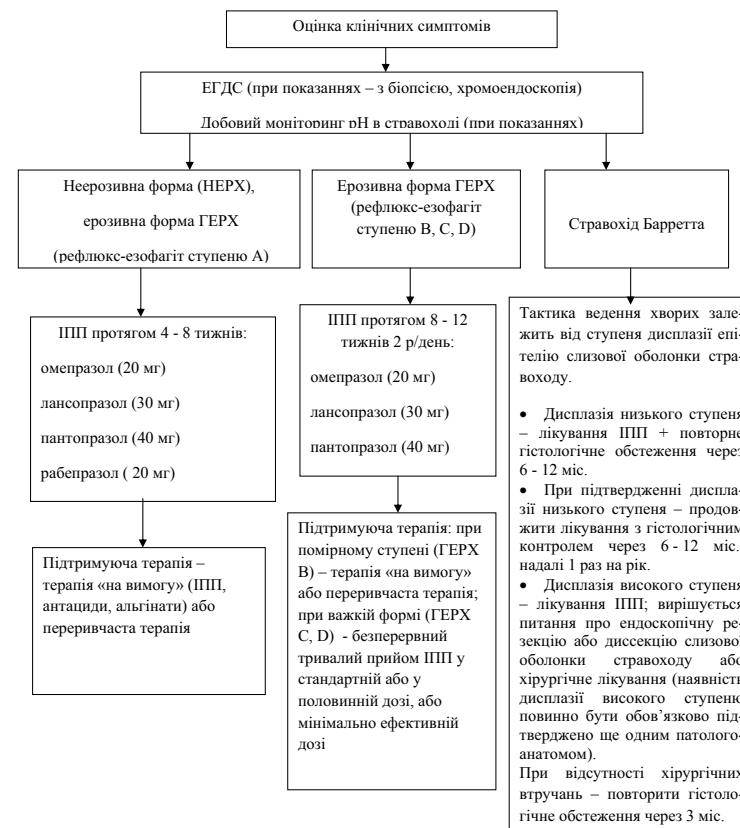
**С** - Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, що розташоване по складках та між ними, але займає менше 75 % окружності стравоходу.

**D** - Пошкодження слизової оболонки стравоходу, що охоплює 75 % і більше його окружності.

### Алгоритм диференційної діагностики

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

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



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

Таблиця 4.

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

**Тривожні симптоми, при наявності одного або декількох з яких у пацієнта з ГЕРХ, є обов'язковим направлення на ендоскопічне обстеження стравоходу (хромоендоскопії) з гістологічним дослідженням гастробіоптатів, для виключення онкологічних захворювань стравоходу та шлунка**

Таблиця 5.

1. Дисфагія
2. Шлунково-кишкова кровотеча
3. Часта нудота
4. Втрата маси тіла
5. Анемія
6. Ядуха
7. Біль у грудях

Пацієнтам зі шлунково-кишковими симптомами, що супроводжуються нез'ясованим боєм у грудях, перед проведенням дослідження шлунково-

кишкового тракту необхідне проведення спеціального дослідження серця (ЕКГ). Додаткові методи діагностики захворювань серця проводяться, в першу чергу, у пацієнтів, у яких немає болю в грудях, а тільки симптоми з боку шлунково-кишкового тракту, що супроводжуються наявністю задишки, пітливості, слабкості або в пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань серця.

Після виключення захворювання серця як причини наявних симптомів, для постановки діагнозу призначаються такі методи дослідження:

- ЕГДС – за наявності тривожних симптомів, в разі неефективного пробного лікування (тесту з альгінатами / антацидами, ППП-тесту), у осіб старше 50 років, при тривалості захворювання більше 10 років;
- хромоендоскопія (при підозрі щодо розвитку стравоходу Барретта);
- рН-метрія стравоходу (при невстановленому діагнозі за допомогою ЕГДС, відсутності відповіді на кислотосупресивне лікування).

Диференціювати езофагіт при ГЕРХ від інфекційного або лікарського езофагіту допомагає ендоскопічне дослідження. Крім того, інфекційний або лікарський езофагіт звичайно супроводжується одиофагією, що буває рідко при рефлюкс-езофагіті.

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

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

**Ресурсне забезпечення виконання протоколу**

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП).

**Вимоги для установ, які надають первинну медичну допомогу**

**1. Кадрові ресурси**

Лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар терапевт дільничний; медична сестра загальної практики.

## 2. Матеріально-технічне забезпечення

**Оснащення.** Електрокардіограф багатоканальний, лабораторне обладнання та інше обладнання відповідно до Табеля оснащення.

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

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол;
2. Антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин;
3. Стимулятори перистальтики: домперидон, мосаприд, ітіоприд;
4. Антациди: алюмінію гідрооксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію;
5. Альгінати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат.

### Вимоги для установ, які надають вторинну медичну допомогу

#### 1. Кадрові ресурси

Лікарі: гастроентеролог, хірург.

Для обстеження пацієнтів необхідна участь лікарів інших спеціальностей: ендоскопіст, з функціональної діагностики, лаборант, патологоанатом.

## 2. Матеріально-технічне забезпечення

**Оснащення.** Езофагогастродуоденоскоп, рН-метр, електрокардіограф багатоканальний, скринінгові тести для визначення інфекції H.pylori (пристрої для експрес-діагностики хелікобактеріозу дихальним методом та/або по уразній активності, каловий антигенний тест, тест-система для проведення серологічного скринінгового тесту на H.pylori, тест для швидкого імунохроматографічного аналізу на виявлення прихованої крові у калі), лабораторне обладнання та інше відповідно до Табеля оснащення.

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

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол;
2. Антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин;
3. Стимулятори перистальтики: домперидон, мосаприд, ітіоприд;
4. Антациди: алюмінію гідрооксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію;
5. Альгінати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат;
6. Препарати жовчних кислот: кислота урсодезоксихолева;
7. Антибактеріальні препарати, що застосовуються для ерадикації H.pylori: амоксицилін, кларитроміцин, метронідазол, тетрациклін, левофлоксацин;

8. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат;

9. Ентеросорбенти: вугілля медичне активоване, діосмектит, гідрогель метилкремнієвої кислоти.

### Індикатори якості

#### 1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря - гастроентеролога локального протоколу медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба».

1.2. Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду.

#### 2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

2.1.А) Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря - гастроентеролога локального протоколу медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба».

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба» (далі – УКПМД).

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2013 рік – 70 %

2014 рік – 90 %

2015 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної

допомоги), лікарями – гастроентерологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги), лікарем - гастроентерологом (закладом охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

#### **2.2.А) Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Інформація про рекомендацію лікаря загальної практики - сімейного лікаря щодо необхідності направлення пацієнта до спеціалізованого стаціонару є недостатньою для включення такого пацієнта до чисельника індикатора. Має бути отримане підтвердження факту, що пацієнт дійсно потрапив до спеціалізованого стаціонару та пройшов там лікування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), яким було встановлено стан «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба», а також тих з них, для яких наведена інформація про лікування пацієнта в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної

допомоги) та яким було встановлено стан «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» впродовж звітного періоду.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), яким було встановлено стан «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» впродовж звітного періоду, для яких наявні записи про лікування у спеціалізованому стаціонарі. Джерелом інформації є:

Форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 травня 2012 року за № 661/20974.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

### КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ (затверджений наказом МОЗ України від 13.06.2005 № 271).

Код МКХ-10:

K29 Хронічний гастрит

K 29.3 Хронічний поверхневий гастрит

K 29.4 Хронічний атрофічний гастрит

K 29.6 Інші гастрити

Класифікація хронічних гастритів (Сіднейсько-Х'юстонська, 1996 р.)

#### За типом та етіологією хронічного гастриту

Тип гастриту	Синоніми	Етіологічні фактори
<b>Неатрофічний</b>	Поверхневий, хронічний антральний, Тип В	<i>H. pylori</i>
<b>Атрофічний</b> - Аутоімунний - Мультифокальний	Дифузний фундальний, тип А, асоційований з перніціозною анемією	Аутоімунні реакції, <i>H. pylori</i> , фактори зовнішнього середовища
<b>Особливі форми</b>		
Хімічний	Реактивний рефлюкс – гастрит, тип С	Хімічні сполуки, жовч, НПЗЗ
Радіаційний		Променеві ушкодження
Лімфоцитарний	Лімфоцитарний (варіоформний, асоційований з целиакією)	Ідіопатичні, імунні механізми, глютен, <i>H. pylori</i>

Неінфекційний гранулематозний	Гранулематозний	Хвороба Крона, саркоїдоз, гранулематоз Вегенера, чужорідне тіло
Еозинофільний	Алергічний	Харчова алергія, інші алергени
Інші інфекційні		Інші бактерії (крім <i>H. pylori</i> ), віруси, гриби, паразити

#### За морфологічною оцінкою стадії і ступеня хронічного гастриту (система OLGA, 2008) (табл. 6, 7):

- **Ступінь ХГ** – вираженість сумарної запальної інфільтрації (нейтрофільними лейкоцитами і мононуклеарними клітинами);
- **Стадія ХГ** – вираженість атрофії

#### За наявністю бактерії *H. pylori*:

- Асоційований з *H. pylori*
- Неасоційований з *H. pylori*

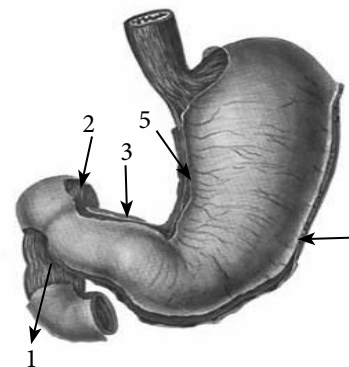


Рис. 1 Схема забору матеріалу

**АНТРУМ:** 1, 2 – велика та мала кривизна антрального відділу шлунка; 3 – кут шлунка

**ТІЛО:** 4, 5 – велика та мала кривизна (або передня та задня стінка) тіла шлунка

#### Інтегральний показник ступеня гастриту в системі OLGA

Таблиця 6

Антрум	Тіло			
	0	I	II	III
0	Ступінь 0	Ступінь I	Ступінь II	Ступінь II
I	Ступінь I	Ступінь II	Ступінь II	Ступінь III
II	Ступінь II	Ступінь II	Ступінь III	Ступінь IV
III	Ступінь II	Ступінь III	Ступінь IV	Ступінь IV



## Інтегральний показник стадії гастриту в системі OLGA

Таблиця 7

Анtrum	Тіло			
	0	I	II	III
0	Ступінь 0	Ступінь I	Ступінь II	Ступінь II
I	Ступінь I	Ступінь II	Ступінь II	Ступінь III
II	Ступінь II	Ступінь II	Ступінь III	Ступінь IV
III	Ступінь III	Ступінь III	Ступінь IV	Ступінь IV

### Класифікація хронічного гастриту (Київська, 2014 р.)

- **H. pylori-індуковані гастрити**
- **Медикаментозно-індуковані гастрити**
- **Аутоімунні гастрити**
- **Гастрити внаслідок специфічних причин:**
  - Лімфоцитарний гастрит
  - Хвороба Менетріє
  - Алергічний гастрит
  - Рефлюкс-гастрит
  - Еозинофільний гастрит
- **Інфекційні гастрити (нехелікобактерні):**
  - Бактеріальні гастрити
  - Вірусні гастрити
  - Грибкові гастрити
  - Гастрити, викликані паразитами
  - Шлункова флегмона
- **Гастрити внаслідок інших захворювань** (класифікуються в інших рубриках)
- **Гастрити внаслідок зовнішніх причин**
- **Гастрити зі специфічними ендоскопічними і патологічними особливостями** (неспецифічної етіології)
- **Інші гастрити** (що не класифікуються).

**Сфера дії протоколу** – загальноотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів.

#### Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватись та обстежуватись амбулаторно. Невелика частина хворих (з аутоімунним хронічним гастритом (ХГ) та супутньою анемією або неврологічними розладами) може потребувати на госпіталізації у гастроентерологічний або терапевтичний стаціонар протягом 2-х тижнів. Госпіталізація також

можлива на срок проведення антигелікобактерної терапії (протягом 1 тижня) при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій.

### Критерії діагностики ХГ

Діагноз ХГ є морфологічним, тобто він має право на існування тільки у тих випадках, коли проведена відповідна оцінка біоптатів патоморфологом та наявність ХГ підтверджена гістологічно. На основі проведення тільки рутинної верхньої ендоскопії без біопсії ставити діагноз ХГ не можна. У теперішній час, якщо у пацієнта є симптоми диспепсії, а при проведенні гастроскопії у шлунку не виявлено якихось ерозивно-виразкових змін та не проведена біопсія, ендоскопістам рекомендується ставити свій ендоскопічний діагноз «еритематозна гастропатія» (або описувати норму), а клініцистам – використовувати діагноз «функціональна диспепсія» (див. відповідний розділ).

### Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

#### Діагностика:

- **Загальний аналіз крові та біохімічні дослідження** – одноразово
- **ЕГДС з біопсією для морфологічного підтвердження ХГ та наявності інфекції H.pylori** (гістологія або швидкий уреазний тест) – одноразово
- **Дослідження секреторної функції шлунку (інтрагастральна рН-метрія)** – одноразово
- **УЗД органів черевної порожнини** (для виключення біліарної та панкреатичної патології) – одноразово

#### Лікування:

- **Антигелікобактерна „потрійна” терапія** (в Hр-позитивних випадках) – дивись диспепсія або виразка шлунка
- **NB!** Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведений контроль за ерадикацією H.pylori за допомогою дихального тесту з <sup>13</sup>C-сечовиною або визначення фекального антигену Hр.
- **Симптоматичне лікування (в Hр-негативних випадках):**  
Індивідуальна дієта, що передбачає функціональне, механічне, термічне та хімічне щадіння шлунку, замісна терапія (натуральний шлунковий сік, розведена соляна кислота, ферментні препарати, що містять жовчні кислоти), обволікуючі та в'язучі рослинні засоби (настої трав приймати по 1/2 склянки 4-5 рази на день до їжі на протязі 2-4 тижнів).

### Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

#### Діагностика:

- **УЗД щитоподібної залози, органів малого тазу** – одноразово

- Серологічні тести - дослідження рівней сироваткового пепсиногену I та гастрину-17, антитіл до парієтальних клітин

#### **Лікування:**

При супутній мегалобласній анемії додатково призначаються ін'єкції вітаміну В<sub>12</sub> (доза залежать від ступеню важкості анемії). При рефлюкс-гастриті - прокінетики протягом 2-3-х тижнів. При еозинофільному ХГ доцільне додаткове призначення антигістамінних препаратів. При лімфоцитарному ХГ, пов'язаному з целіакією, суворе дотримання аглютенної дієти сприяє повному одужанню.

**Середня тривалість лікування – 7-10 днів**

#### **Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування**

Основні критерії ефективності лікування – ерадикація Нр-інфекції (контролюється за допомогою <sup>13</sup>С-сечовинного дихального тесту) та виліковування хворого, зменшення або зникнення симптомів диспепсії, анемії та неврологічних проявів (при аутоімунному ХГ), поліпшення якості життя.

Нр-інфікування за відсутності відповідного лікування триває на протязі усього життя та випадки самовільного виліковування від неї не описані. Приблизно у 80% хворих ерадикація Нр-інфекції сприяє повному одужанню від ХГ.

#### **Реабілітація**

Індивідуальний дієтичний режим (з виключенням або обмеженням індивідуально несприйнятних продуктів), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується паління та алкоголь. Санаторно-курортне лікування (курорти Закарпаття, Миргород).

#### **Диспансерне спостереження**

Диспансеризації підлягають хворі з атрофічним ХГ. При наявності атрофії СОШ – диспансерний нагляд та повторні ЕГДС з біопсією для моніторингу можливої появи передракових змін 1 раз в 2-3 роки.

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДОРΟΣЛИХ** (затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 03.09.2014 № 613)

#### **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА**

Шифр згідно МКХ-10: K25, K26.

#### **K25 ВИРАЗКА ШЛУНКА**

#### **K26 ВИРАЗКА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

#### **Класифікація:**

#### **За етіологією:**

- Виразки, які викликані інфекцією *H. pylori*
- Медикаментозні виразки (НПЗЗ\*-індуковані)
- Змішані (*H. pylori*-позитивні та НПЗЗ-індуковані) виразки
- *H. pylori*-негативні і НПЗЗ-негативні виразки (потребують пошуку інших рідкісних причин):
  - Гіперсекреторні стани (синдром Золлінгера-Еллісона, гіперкальціємія та ін.)
  - Хвороба Крона шлунка
  - Еозинофільний гастродуоденіт
  - Системний мастоцитоз
  - Променеві ушкодження слизової оболонки
  - Інші інфекції: вірусна інфекція (цитомегаловірус, простий герпес, зокрема в імунокомпроментованих хворих), інфекція *H. heilmanni*
  - Тяжкі системні захворювання
  - Виразки Камерона (виразки шлунка в місці діафрагмальної киля)
  - Істинні ідіопатичні виразки

#### **За локалізацією:**

- Виразки шлунка
- Виразки цибулини дванадцятипалої кишки
- Постбульбарні виразки
- Поєднані виразки шлунка та ДПК

#### **За кількістю виразок:**

- Поодинокі
- Множинні

#### **За розміром (діаметром) виразок:**

- Малі (до 0,5 см)
- Середні (0,5-1 см)
- Великі (понад 1 см)
- Велетенські (понад 3 см для шлунка, понад 2 см для ДПК)

#### **За стадією (фазою) захворювання:**

- Перша маніфестація/рецидив (активна фаза)
- Ремісія (неактивна фаза)

#### **За наявністю ускладнень:**

- Кровотеча
- Перфорація
- Пенетрація
- Стеноз
- Малігнізація

**Потенційні користувачі:** лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні, лікарі гастроентерологи.

**Мета протоколу:** визначення комплексу заходів з профілактики, своєчасного виявлення, діагностики та лікування пептичної виразки шлунка/дванадцятипалої кишки пацієнтам старше 18 років.

Дата складання протоколу: травень 2014 року.

Дата перегляду протоколу: травень 2017 року

**Епідеміологічна інформація.** У структурі поширеності хвороб органів травлення на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки припадає 12,83%. За даними МОЗ України, захворюваність на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки в Україні в 2010 році склала 127,3 осіб на 100 тис. населення (абсолютні значення – 58293,0), поширеність – 2299,4 на 100 тис. населення (абсолютне значення – 1052741,0). Порівняно з 2009 роком захворюваність і поширеність пептичної виразки дещо знизилась.

**ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА.** Діагноз пептична виразка шлунка/дванадцятипалої кишки встановлюється за наявності виразки слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки (відповідно) при проведенні ендоскопічного обстеження. Виразка є ушкодженням епітелію, що розповсюджується у м'язову пластинку слизової оболонки. Пептична виразка може призвести до розвитку ряду ускладнень, в тому числі ургентних, наприклад гострих шлунково-кишкових кровотеч або перфорацій. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі та терапевти дільничні відіграють важливу роль в організації профілактичних заходів, своєчасного виявлення, лікування неускладненої пептичної виразки. При ускладненому перебігу пептичної виразки, необхідності хірургічного втручання лікування здійснюється у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

## **ОСНОВНА ЧАСТИНА**

### **ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

#### **1. Профілактика.**

##### **Положення протоколу.**

Уникнення факторів, які провокують виникнення пептичної виразки: паління, надмірне вживання алкоголю, неконтрольоване вживання нестероїдних протизапальних та протиревматичних засобів (НПЗЗ). Виявлення осіб з чинниками ризику (пацієнти, які контактують з особами, інфікованими *H. pylori*; пацієнти, яким планується тривалий прийом НПЗЗ або ацетилсаліцилової кислоти).

##### **Обґрунтування**

Доведено, що основним фактором розвитку пептичних виразок є інфекція *H. pylori* (приблизно 80% випадків виразки шлунка та приблизно 95%

випадків виразки дванадцятипалої кишки), а також використання НПЗЗ (приблизно 20% випадків виразки шлунка та приблизно 5% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Своєчасне лікування інфекції *H. pylori* в поєднанні з корекцією способу життя є складовою лікування і профілактики подальшого розвитку пептичної виразки та злоякісних новоутворень шлунка. Крім того, причинами розвитку гастродуоденальної виразки можуть бути прийом інгібіторів агрегації тромбоцитів, васкуліти, вірусні інфекції, нейроендокринні пухлини (гастриноми) та ішемії. Виразка внаслідок цитомегаловірусної інфекції часто спостерігається у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також пацієнтів після трансплантації, проте може виникнути також у імунокомпетентних пацієнтів.

##### **Необхідні дії лікаря**

###### **Обов'язкові:**

- 1.1. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, пов'язаних зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідність дотримуватись санітарно-гігієнічних норм (див. Додаток 5).
- 1.2. Проводити ретельний збір анамнезу життя пацієнтів, з метою виявлення груп ризику розвитку пептичної виразки.

## **2. Діагностика**

### **Положення протоколу**

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній області.

### **Обґрунтування**

Доведено, що основними методами діагностики пептичної виразки є езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) та встановлення інфікування *H. pylori*. Для діагностики інфекції *H. pylori* перш за все підходять прямі методи, які виявляють бактерію (гістологія, мікробіологічний метод розведення), репрезентативний антиген (антиген-тест випорожнення) або специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при дихальному тесті на сечовину). Проведення ЕГДС необхідне для верифікації діагнозу, а також для контролю за лікуванням хворих з пептичною виразкою шлунка.

##### **Необхідні дії лікаря**

###### **Обов'язкові:**

#### **2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:**

- 2.1.1. Наявність типових симптомів пептичної виразки.
- 2.1.2. Наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки (див. підрозділ 4.1.1).
- 2.1.3. Наявність симптомів інших органічних (ГЕРХ, рак шлунка) та функціональних уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту

(функціональна диспепсія, диспепсія, індукована прийомом лікарських засобів, функціональне блювання тощо) (див. розділ 4.1.2).

## **2.2. Лабораторні методи обстеження:**

2.2.1. Загальний аналіз крові – за показаннями.

2.2.2. Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково- кишкову кровотечу).

2.2.3. Направити на діагностику інфекції *H. pylori*.

## **2.3. Інструментальні методи дослідження:**

2.3.1. Направити на ЕГДС.

2.3.2. Направити на рентгеноскопію шлунка (при неможливості проведення ЕГДС).

## **2.4. Скерувати пацієнта на консультацію до:**

2.4.1. Гастроентеролога – при пептичній виразці шлунка, при рецидивуючому та ускладненому перебігу пептичної виразки, невдалій ерадикації інфекції *H. pylori*.

2.4.2. Хірурга – за наявності ознак ускладнень пептичної виразки: шлунково-кишкової кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації.

2.4.3. Онколога – при виявленні ознак злоякісної виразки шлунка.

## **3. Лікування**

### **Положення протоколу**

Метод лікування, спосіб прийому та дозування лікарських засобів, включаючи ППП, визначається перебігом захворювання та індивідуальною відповіддю пацієнта, наявністю інфекції *H. pylori*. Антихелікобактерна терапія при виразці шлунка призначається тільки після отримання результатів морфологічного дослідження біоптатів з краю виразкового дефекту, що свідчать про доброякісний характер виразки. За необхідності призначається симптоматичне лікування.

### **Обґрунтування**

Факторами, що піддаються впливу, для ефективності терапії проти *H. pylori* є прихильність до лікування, тютюнопаління і ступінь пригнічення кислотності. На початковому етапі лікування інфекції *H. pylori* проводять щонайменше тижневу «потрійну терапію», що включає ППП, кларитроміцин та метронідазол або амоксицилін. Подовження схем ерадикаційної терапії до 10-14 днів, застосування послідовної схеми призводить до вірогідно більш високого відсотку успішної ерадикації. При наявності інфекції *H. pylori* підвищується ризик розвитку ускладнених та неускладнених пептичних виразок. Антихелікобактерна терапія знижує цей ризик та особливо показана пацієнтам з анамнезом виразкової хвороби. Сама по собі ерадикаційна терапія недостатня для профілактики рецидивів гострих шлунково-кишкових кровотеч. Якщо

починається лікування із застосуванням НПЗЗ, паралельно повинен здійснюватися прийом інгібітору протонної помпи (ППП), якщо наявний хоча б один фактор ризику розвитку пептичної виразки.

### **Необхідні дії лікаря**

#### **Обов'язкові:**

3.1. Призначити режим харчування (див. Додаток 5), праці та відпочинку, відмову від вживання алкоголю та тютюну.

3.2. Призначити медикаментозну терапію (див. розділ 4.2).

3.2.1. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці та за відсутності ускладнень пацієнтам, які раніше не лікувалися від інфекції *H. pylori*, призначити ерадикаційну антихелікобактерну терапію однією зі схем першої лінії: стандартна трикомпонентна терапія або послідовна терапія.

3.2.2. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці, асоційованій з прийомом НПЗЗ, та за відсутності ускладнень після проведення антихелікобактерної терапії призначається ППП в стандартній дозі або антагоністи  $H_2$ -рецепторів в подвійній дозі впродовж 14-28 днів в залежності від локалізації пептичної виразки; додатково можуть бути призначені сукральфат, вісмуту субцитрат.

3.2.3. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці та за відсутності ускладнень призначити ППП в стандартних дозах впродовж 3-4 тижнів при дуоденальній локалізації виразки, 4-8 тижнів – при виразках шлунка.

#### **Бажані:**

3.3. Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

## **4. Подальше спостереження**

### **Положення протоколу**

Пацієнти з неускладненою пептичною виразкою дванадцятипалої кишки після успішної ерадикації інфекції *H. pylori* не потребують диспансерного нагляду.

Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та пацієнти з виразкою шлунка перебувають на диспансерному обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з Планом диспансеризації (див. розділ 3.2).

### **Обґрунтування**

Пептична виразка може бути чинником розвитку тяжких ускладнень, зокрема кровотечі, перфорації, пенетрації, малігнізації. Ефект проведеного лікування при пептичній виразці шлунка та/або дванадцятипалої кишки вимагає контролю. Ефективність ерадикаційної терапії повинна проводитися за будь-яких інших терапевтичних показань. Між завершенням лікування антибіотиками і контролем ефективності лікування повинні пройти

мінімум 4 тижні. Між закінченням ППП-терапії і достовірним контролем ефективності ерадикації повинно пройти мінімум 2 тижні. У пацієнтів з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка повинна бути проведена контрольна ендоскопія. В таких випадках терапевтичний контроль поєднує уреазний тест і гістологічне дослідження біопсії з антрума і тіла шлунка. Якщо контрольна ендоскопія не потрібна, повинен проводитися контроль ерадикації за допомогою <sup>13</sup>C-дихального тесту на вміст сечовини або моноклонального аналізу випорожнення на антигени. З метою попередження гастродуоденальних ускладнень прийом селективного інгібітору циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) є альтернативним підходом до комбінування ППП і НПЗЗ.

#### **Необхідні дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

- 4.1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о)
- 4.2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).
- 4.3. Направити на діагностику ефективності ерадикації *H.pylori*-інфекції через 4 тижні після закінчення ерадикаційної терапії.
- 4.4. Направити на ЕГДС для контролю за загосненням виразки шлунка через 6 місяців.
- 4.5. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну (див. Додаток 5).
- 4.6. Надавати роз'яснення щодо необхідності суворого дотримання правил прийому НПЗЗ для пацієнтів, яким вони призначені (після прийому їжі, у зазначених лікарем дозах), та запобігання безконтрольному вживанню НПЗЗ.
- 4.7. Проводити 1 раз на рік диспансеризацію пацієнта, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і при необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога.

##### **Бажані:**

- 4.8. При необхідності тривалого прийому НПЗЗ препаратами вибору є селективні інгібітори ЦОГ-2

### **ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

#### **1. Профілактика**

Уникнення факторів, які провокують виникнення пептичної виразки: паління, надмірне вживання алкоголю, неконтрольоване вживання

нестероїдних протизапальних та протиревматичних засобів (НПЗЗ). Виявлення осіб з чинниками ризику (пацієнти, які контактують з особами, інфікованими *H. Pylori*; пацієнти, яким планується тривалий прийом НПЗЗ або ацетилсаліцилової кислоти).

#### **Обґрунтування**

Доведено, що основним фактором розвитку пептичних виразок є інфекція *H. pylori* (приблизно 80% випадків виразки шлунка та приблизно 95% випадків виразки дванадцятипалої кишки), а також використання НПЗЗ (приблизно 20% випадків виразки шлунка та приблизно 5% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Своєчасне лікування інфекції *H. pylori* в поєднанні з корекцією способу життя є складовою лікування і профілактики подальшого розвитку пептичної виразки та злоякісних новоутворень шлунка. Крім того, причинами розвитку гастродуоденальної виразки можуть бути прийом інгібіторів агрегації тромбоцитів, васкуліти, вірусні інфекції, нейроендокринні пухлини (гастриноми) та ішемії. Виразка внаслідок цитомегаловірусної інфекції часто спостерігається у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також пацієнтів після трансплантації, проте може виникнути також у імунокомпетентних пацієнтів.

#### **Необхідні дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

- 1.1. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідність дотримуватись санітарно-гігієнічних норм (додаток 5).
- 1.2. Проводити ретельний збір анамнезу життя пацієнтів з метою виявлення груп ризику розвитку пептичної виразки.

#### **2. Діагностика**

##### **Положення протоколу**

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення/підтвердження наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній області (див. розділ 4.1).

##### **Обґрунтування**

Доведено, що основними методами діагностики пептичної виразки є проведення ЕГДС та встановлення інфікування *H.pylori*. Для діагностики інфекції *H. pylori*, перш за все, підходять прямі методи, які виявляють бактерію (гістологія, мікробіологічний метод розведення), репрезентативний антиген (антиген-тест випорожнення) або специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при дихальному тесті на сечовину). Існують дані, що чутливість цих методів аналізу складає більш 90%, тому вони рекомендовані для визначення інфекції *H. pylori*. Проведення ЕГДС

необхідне з метою верифікації діагнозу, а також для контролю за лікуванням хворих з пептичною виразкою шлунка.

### **Необхідні дії лікаря**

#### **Обов'язкові:**

2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:

2.1.1. Наявність типових симптомів пептичної виразки.

2.1.2. Наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки (див. підрозділ 4.1.1).

2.1.3. Наявність симптомів інших органічних (ГЕРХ, рак шлунка) та функціональних уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (функціональна диспепсія, диспепсія, індукована прийомом лікарських засобів, функціональне блювання тощо) (див. підрозділ 4.1.2).

2.2. Лабораторні методи обстеження:

2.2.1. Загальний аналіз крові – за показаннями.

2.2.2. Біохімічний аналіз крові – за показаннями.

2.2.3. Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково- кишкову кровотечу).

2.2.4. Визначення інфекції *H. pylori* за допомогою одного зі скринінгових методів: – каловий антигенний тест (проводиться після припинення прийому ППП мінімум за 2 тижні, антибіотиків – за 4 тижні до проведення тесту); – серологічне дослідження; – <sup>13</sup>C-сечовинний дихальний тест (проводиться після припинення прийому ППП мінімум за 2 тижні, антибіотиків – за 4 тижні до проведення тесту).

2.3. Інструментальні методи дослідження:

2.3.1. ЕГДС проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу – при дуоденальних виразках – одноразово, при виразках шлунка проводиться повторно для контролю за загоєнням виразки з обов'язковим взяттям біопсії.

2.3.2. Біопсія слизової оболонки (СО) шлунка для проведення експрес-діагностики *H. pylori* в ендоскопічному кабінеті (швидкий уреазний тест) та подальшим морфологічним дослідженням біоптату.

2.3.3. Рентгеноскопія шлунка (при неможливості проведення ЕГДС, при підозрі на інфільтративний процес у шлунку).

2.3.4. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини для виключення органічних і функціональних захворювань жовчного міхура, підшлункової залози.

2.4. Скерувати пацієнта на консультацію до:

2.4.1. Хірурга (за наявності ознак ускладненого перебігу-внутрішньої кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації).

2.4.2. Онколога (за наявності ознак неопластичного процесу в шлунку).

### **3. Лікування**

#### **Положення протоколу**

Метод лікування, спосіб прийому та дозування лікарських засобів визначається перебігом захворювання та індивідуально відповідно пацієнта, наявністю інфекції *H. pylori*. Антихелікобактерна терапія при виразці шлунка призначається тільки після отримання результатів морфологічного дослідження біоптатів з краю виразкового дефекту, що свідчать про доброякісний характер виразки. Лікування здійснюється амбулаторно, за винятком випадків ускладненого перебігу пептичної виразки та необхідності хірургічного лікування (див. розділ 4.2).

#### **Обґрунтування**

Існують дані, що факторами, які піддаються впливу, для ефективності терапії проти *H. pylori* є прихильність до лікування, тютюнопаління і ступінь пригнічення кислотності. На початковому етапі лікування інфекції *H. pylori* проводять щонайменше тижневу «потрійну терапію», що включає ППП, кларитроміцин та метронідазол або амоксицилін, подовження ерадикаційної терапії до 10-14 днів, а також застосування послідовної схеми призводить до вірогідно більш високого відсотку успішної ерадикації. За наявності інфекції *H. pylori* підвищується ризик розвитку ускладнених та неускладнених пептичних виразок. Антихелікобактерна терапія знижує цей ризик та особливо показана пацієнтам з анамнезом виразкової хвороби. Сама по собі ерадикаційна терапія недостатня для профілактики рецидивів гострих шлунково-кишкових кровотеч. Якщо починається лікування із застосуванням НПЗЗ, паралельно повинен здійснюватися прийом ППП, якщо наявний хоча б один фактор ризику розвитку пептичної виразки.

#### **Необхідні дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

3.1. Надати загальні рекомендації щодо режиму харчування (додаток 5), праці та відпочинку, відмови від вживання алкоголю та тютюну.

3.2. Призначити медикаментозну терапію (див. розділ 4.2):

3.2.1. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці пацієнтам, які раніше не лікувалися від інфекції *H. pylori*, призначити ерадикаційну антихелікобактерну терапію однією зі схем першої лінії: стандартна трикомпонентна терапія або послідовна терапія.

3.2.2. При неефективності трикомпонентної або послідовної терапії, непереносимості або резистентності до кларитроміцину призначити терапію другої лінії (квадротерапію).

3.2.3. При відсутності ерадикації інфекції *H. pylori* призначити терапію «порятунку».

3.2.4 При Н. рулогі-позитивній пептичній виразці, асоційованій з прийомом НПЗЗ, та за відсутності ускладнень після проведення антихелікобактерної терапії призначається ППП в стандартній дозі або антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів в подвійній дозі впродовж 14-28 днів в залежності від локалізації пептичної виразки; додатково можуть бути призначені сукральфат, вісмуту субцитрат.

3.2.5. При Н. рулогі-негативній пептичній виразці та за відсутності ускладнень призначити ППП в стандартних дозах впродовж 3-4 тижнів при дуоденальній локалізації виразки, 4-8 тижнів – при виразках шлунка.

#### **Бажані:**

3.3. Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

### **4. Госпіталізація**

#### **Положення протоколу**

Лікування пацієнтів з пептичною виразкою в умовах стаціонару здійснюється за наявності показань або необхідності хірургічного лікування. Госпіталізація здійснюється негайно в разі наявності гострих ускладнень пептичної виразки та необхідності термінових хірургічних втручань, в інших випадках – впродовж 2-5 днів. Госпіталізація здійснюється при: – різко вираженому больовому та диспепсичному синдромах, що погано піддаються лікуванню в амбулаторних умовах; – ускладненому перебігу виразки (функціональний стеноз воротаря, пенетрація виразки, підвищений ризик розвитку кровотечі); – неефективній ерадикації інфекції Н. рулогі після двох курсів терапії; – антихелікобактерній терапії при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій.

#### **Необхідні дії лікаря**

При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація: – направлення на госпіталізацію; – виписка з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.

### **5. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію**

#### **Положення протоколу**

Пацієнти з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, неускладненою, після успішної ерадикації інфекції Н. рулогі не потребують диспансерного нагляду. Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та всі пацієнти з виразкою шлунка перебувають на диспансерному обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з Планом диспансеризації.

#### **Обґрунтування**

Пептична виразка може бути чинником розвитку тяжких ускладнень, зокрема кровотечі, перфорації, пенетрації, малігнізації. Ефект проведеного

лікування при пептичній виразці шлунка та/або дванадцятипалої кишки вимагає контролю. Ефективність ерадикаційної терапії повинна проводитися за будь-яких інших терапевтичних показань. Між завершенням лікування антибіотиками і контролем ефективності лікування повинні пройти мінімум 4 тижні. Між закінченням ППП-терапії і достовірним контролем ефективності ерадикації повинно пройти мінімум 2 тижні. У пацієнтів з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка повинна бути проведена контрольна ендоскопія. В таких випадках терапевтичний контроль поєднує уреазний тест і гістологічне дослідження біопсії з антрума і тіла шлунка. Якщо контрольна ендоскопія не потрібна, повинен проводитися контроль ерадикації за допомогою <sup>13</sup>C-дихального тесту на вміст сечовини або моноклонального аналізу випорожнення на антигени. З метою попередження гастродуоденальних ускладнень прийом селективного інгібітору ЦОГ-2 є альтернативним підходом до комбінування ППП і НПЗЗ.

#### **Необхідні дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

4.1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о. 4.2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).

4.3. Провести контроль ефективності ерадикації Н. рулогі-інфекції через 4 тижні після закінчення ерадикаційної терапії за допомогою дихального тесту с C<sup>13</sup>-сечовиною або за допомогою визначення фекального антигену.

4.4. Провести ЕГДС для контролю за загоєнням виразки шлунка з обов'язковим взяттям біопсії з рубця через 6 місяців. За наявності атрофії слизової оболонки шлунка повторні ЕГДС з біопсією для моніторингу можливої появи передракових змін 1 раз в 2-3 роки. 4.5. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну (див. Додаток 5).

4.6. Надавати роз'яснення щодо необхідності суворого дотримання правил прийому НПЗЗ для пацієнтів, яким вони призначені (після прийому їжі, у зазначених лікарем дозах), запобігання безконтрольному вживанню НПЗЗ.

4.7. Проводити один раз на рік або на вимогу диспансеризацію пацієнтів з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та пацієнтів з виразкою шлунка згідно з Планом.

#### **Бажані:**

4.8. При необхідності тривалого прийому НПЗЗ препаратами вибору є селективні інгібітори ЦОГ-2.

## 6. План диспансеризації

6.1. Обстеження виконується 1 раз на рік або на вимогу та включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів.

6.2. За наявності атрофії слизової оболонки шлунка – ЕГДС з біопсією для моніторингу можливої появи передракових змін 1 раз в 2-3 роки.

6.3. Інші обстеження виконуються згідно зі скаргами та даними фізикального обстеження.

## IV. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

4.1. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики

4.1.1. Критерії діагностики пептичної виразки: Підтвердженою виразкою шлунка чи дванадцятипалої кишки вважається виразковий дефект слизової оболонки шлунка чи дванадцятипалої кишки, що виявлений в ході проведення ендоскопічного обстеження. Виразка є ураженням епітелію, що розповсюджується у м'язову пластинку слизової оболонки. Для встановлення діагнозу пептичної виразки враховуються наступні клінічні ознаки: – абдомінальний біль в епігастрії, пілородуоденальній зоні, зазвичай приступоподібний, різкий, пекучий, рідше – ниючий, який має чіткий зв'язок з прийомом їжі, виникає або підсилюється натще, через 2-3 години після прийому їжі, зменшується після її прийому; більше половини хворих скаржаться на нічний біль; – диспепсичний синдром включає печію, відрижку кислим, нудоту, іноді блювання, що приносить полегшення. Основний критерій діагностики – ендоскопічно підтверджений виразковий дефект у дванадцятипалій кишці або шлунку (доброякісність шлункової виразки обов'язково повинна бути підтверджена при морфологічному дослідженні множинних біоптатів). Кожна ЕГДС повинна супроводжуватися біопсією. Один біоптат береться з антрального відділу шлунка для проведення швидкого уреазного тесту на наявність інфекції *H. pylori*. Ще 2 біоптати беруться з антрального відділу і тіла шлунка для морфологічного дослідження: гістологічної діагностики інфекції *H. pylori*, атрофії, дисплазії або неоплазії, виключення рідкісних або атипичних причин. Симптоми, що вказують на можливість ускладнень пептичної виразки:

- гематемезис – блювота у вигляді «кавової гущини»;
- дьогтьоподібні випорожнення чорного кольору;
- виникнення гострого «кинджального» болю в епігастральній ділянці, що супроводжується розвитком колаптоїдного стану;
- поява стійкого болю, що втратив попередній зв'язок з прийомом їжі, супроводжується підвищенням температури тіла, підвищенням ШОЕ.

### 4.1.2. Диференційна діагностика

Диференційна діагностика пептичної виразки шлунка проводиться перш за все з раком шлунка. В постановці правильного діагнозу допомагає

врахування «малих ознак» – немотивована прогресуюча втрата маси тіла, немотивована анемія, симптоми диспепсії, які вперше виникли у віці після 45 років. На користь злякисного новоутворення вказують великі розміри виразок (особливо у осіб молодого віку), локалізація виразкового дефекту на великій кривизні шлунка, нерівність і бугристість контурів, інфільтрація слизової оболонки навколо виразки, ригідність стінки в ділянці виразки, підвищення ШОЕ. Множинна, виконана не менш, ніж з 5 міст країв і дна виразкового дефекту біопсія, сприяє встановленню правильного діагнозу, при щонайменших сумнівах необхідна повторна біопсія. Слід диференціювати пептичні виразки з функціональною диспепсією, ГЕРХ, симптоматичними виразковими дефектами, обумовленими ендокринною патологією. Гастроуденальні виразки у хворих на гіперпаратиреоз відрізняються від пептичної виразкової хвороби наявністю ознак підвищеної функції паращитоподібних залоз (м'язова слабкість, біль в кістках, спрага, поліурія). Діагноз підтверджується за допомогою УЗД щитовидної та прищитовидної залоз, дослідження рівня іонізованого кальцію, фосфору і паратгормону у крові. Гіпергастринемія (синдром Золлінгера-Еллісона) характеризується триадою симптомів: стійко рецидивуючі постбульбарні виразки дванадцятипалої кишки, виражена шлункова базальна гіперсекреція, аденома підшлункової залози, яка походить з G-клітин, що продукують гастрин. Підтверджують діагноз провокаційні проби з глюкагоном, УЗД та комп'ютерна томографія підшлункової залози

## 4.2. Алгоритм лікування

### 4.2.1. Схеми ерадикаційної антихелікобактерної терапії лікування:

NB! Лікарські засоби необхідно приймати перед їжею.

**Трикомпонентна терапія:** ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу впродовж 10-14 днів.

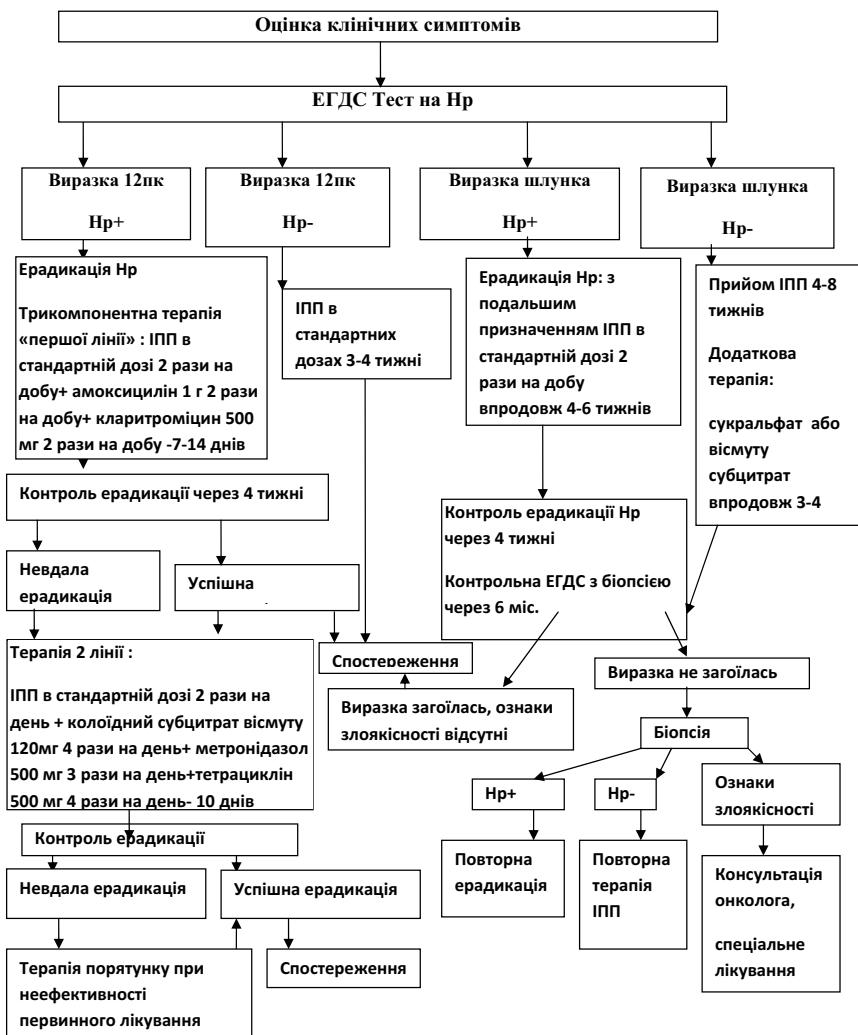
При алергії на пеніцилін: ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу + метронідазол 500 мг 2 рази на добу впродовж 7-14 днів.

NB! Використання високих доз ІПП останнього покоління (езомепразол 40 мг 2 р/д) призводить до підвищення ефективності трикомпонентної схеми.

**Послідовна терапія:** ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу 5 днів з подальшим переходом на ІПП + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу + метронідазол (або тинідазол) 500мг 2 рази на добу 5 днів.



### Алгоритм діагностики та лікування пептичної виразки



**Терапія другої лінії (квадротерапія):** (призначається при неефективності трикомпонентної або послідовної терапії, при непереносимості або резистентності до кларитроміцину) ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + вісмуту субцитрат 120 мг 4 рази на добу + метронідазол 500 мг 3 рази на добу + тетрациклін 500 мг 4 рази на добу) впродовж 10-14 днів.

**Терапія «порятунку»:** (призначається при відсутності ерадикації інфекції *H. pylori* після другого курсу лікування) ІПП в стандартній дозі 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день + левофлуксацин 500 мг 1 раз на добу, або рифабутин 300 мг 1 раз на добу строком на 10-14 днів.

#### 4.2.2. Особливості фармакотерапії при пептичній виразці:

- Доцільне призначення пробіотиків в період антихелікобактерної терапії впродовж 14 днів, оскільки вони підвищують ефективність ерадикації та запобігають розвитку дисбіотичних порушень кишечника.
- Після проведення ерадикаційної терапії пептичної виразки, асоційованої з прийомом НПЗЗ, необхідне призначення ІПП в стандартній дозі або антагоністів  $H_2$ -рецепторів у подвійній дозі; додатково можуть бути призначені суцральфат або вісмуту субцитрат. Тривалість лікування – 14-28 днів залежно від локалізації виразки.
- При неускладненій пептичній виразці дванадцятипалої кишки подальше призначення ІПП не потрібне.
- До отримання результатів біопсії для полегшення симптомів пептичної виразки за необхідності можуть бути призначені антагоністи  $H_2$ -рецепторів, антациди, альгірати, спазмолітичні засоби.

#### Індикатори якості медичної допомоги

В цьому розділі нижченаведені терміни вживаються в такому значенні:

**Спеціалізований стаціонар** - відділення терапії, спеціалізовані гастроентерологічні відділення багатопрофільних лікарняних закладів (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2002 № 385), багатопрофільні лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 05.10.2011 № 646)

**Форма № 025/о** – Медична карта амбулаторного хворого (Форма № 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

**Форма № 027/о** - Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

**Форма № 030/о** - Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма № 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

## Додаток 1 до уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Диспепсія»

### ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

#### Що таке диспепсія?

Диспепсія — це узагальнений термін, який використовується для опису відчуття дискомфорту або болю у верхньому відділі черевної порожнини. Дані симптоми можна також назвати порушенням травлення. Зазвичай вони проходять досить швидко, однак іноді виявляються більш стійкими.

#### Що ви можете зробити?

Ви можете піти в аптеку, де провізор (фармацевт) порадить вам препарати для полегшення болю. Якщо біль все-таки буде продовжувати турбувати вас, вам слід звернутися до сімейного лікаря.

#### Що може зробити лікар?

Іноді диспепсія може бути викликана одним з декількох захворювань, тому лікар спробує визначити їх наявність у вас.

За останні роки було відмічено, що бактерія (звана *Helicobacter pylori*) провокує розвиток диспепсії у деяких пацієнтів, таким чином, лікар може вважати доцільним проведення аналізів на наявність даної бактерії. Зазвичай для цього беруть аналіз крові або калу або проводять дихальний тест (проста процедура, яка полягає у видиханні повітря в маленькі тестові пробірки або мішки). До того часу, як результати будуть готові, лікар може призначити препарат для полегшення болю. У разі якщо бактерія буде виявлена, лікар може призначити вам антибіотики з метою її знищення.

Якщо у вас спостерігаються які-небудь інші симптоми крім болю у шлунку, лікар може прийняти рішення направити вас на стаціонарне обстеження. У лікарні може бути прийнято рішення провести внутрішнє дослідження за допомогою ендоскопії, камери, яка вводиться у шлунок через рот. Залежно від результатів даного дослідження буде запропоновано подальше лікування. Добре, якщо не буде підтверджено присутність бактерії в організмі і/або не буде відмічено ніяких відхилень у шлунку.

У 70 % пацієнтів з диспепсією не виявляється ніякого захворювання. Це означає, що скарги є несерйозними, однак біль може бути присутній.

Хоча не підтверджена висока ефективність жодного препарату, лікар усе ж може запропонувати і виписати один з них, який, можливо, допоможе вам. Лікар обговорить з вами вашу дієту і спосіб життя, а також може для поліпшення вашого стану запропонувати наступне:

- кинути палити;
- зменшити кількість уживаного алкоголю та кави або чаю;
- уникати вживання продуктів, які провокують у вас порушення травлення;
- вживати збалансовану і здорову їжу;

**Додаток № 2**  
до уніфікованого клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги «Диспепсія»

**Лікарські засоби, що застосовуються для лікування функціональної диспепсії, та їх дозування**

<b>Інгібітори протонної помпи (ІПП)</b>			
	<i>Половинна доза</i>	<i>Стандартна доза</i>	<i>Подвійна доза</i>
<i>Омепразол</i>	<i>10 мг/добу</i>	<i>20 мг/добу</i>	<i>40 мг/добу або 20 мг 2 рази на добу</i>
<i>Лансопразол</i>	–	<i>30 мг/добу</i>	<i>60 мг/добу або 30 мг 2 рази на добу</i>
<i>Пантопразол</i>	<i>20 мг/добу</i>	<i>40 мг/добу</i>	<i>80 мг/добу або 40 мг 2 рази на добу</i>
<i>Рабепразол</i>	<i>10 мг/добу</i>	<i>20 мг/добу</i>	<i>40 мг/добу або 20 мг 2 рази на добу</i>
<i>Езомепразол</i>	<i>20 мг/добу</i>	<i>40 мг/добу</i>	<i>80 мг/добу або 40 мг 2 рази на добу</i>
<b>Антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів</b>			
<i>Фамотидин</i>	<i>40 мг на ніч або 20 мг 2 рази на добу</i>		
<i>Ранітидин</i>	<i>300 мг на ніч або 150 мг 2 рази на добу</i>		
<b>Прокінетики</b>			
<i>Домперидон</i>	<i>10 мг 3 – 4 рази на добу</i>		
<i>Метоклопрамід</i>	<i>10 мг 3 рази на добу</i>	<i>Метоклопрамід обмежено показаний:</i> • <i>Потенційна можливість виникнення екстра пірамідних порушень.</i> • <i>Відсутні обґрунтовані дослідження, щодо необхідності його призначення.</i>	

**Додаток 3**  
до уніфікованого клінічного протоколу  
первинної, вторинної (спеціалізованої)  
медичної допомоги «Гастроєзофагеальна  
рефлюксна хвороба»

**ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ**

**Рекомендації щодо способу життя**

- Після їжі уникати нахилів вперед і не лягати протягом трьох годин;
- Спати з підведеним головним кінцем ліжка;
- Не носити тісний одяг і тугі пояси, корсети, бандажі, що приводять до підвищення внутрішньочеревного тиску;
- Уникати надмірної їжі, не їсти на ніч і не вживати дуже гарячого;
- Обмежити споживання продуктів, що викликають зниження тиску нижнього стравохідного сфінктера і викликають подразнення (жири, алкоголь, кава, шоколад, цитрусові);
- Відмова від паління і вживання алкоголю;
- Зниження маси тіла за наявності надмірної ваги та ожиріння;
- Консультація з лікарем та додаткова оцінка співвідношення користі-ризиків при необхідності прийому ліків, що викликають рефлюкс (антихолінергічні, спазмолітики, седативні і транквілізатори, інгібітори кальцієвих каналів, β-блокатори, теофілін, простагландини, нітрати).

**Рекомендації щодо режиму харчування**

Мета дієтичного харчування при ГЕРХ:

- зменшення вірогідності закидання вмісту шлунку в стравохід
- покращення репараційних процесів слизової оболонки стравоходу
- профілактика метаплазії

**Загальна характеристика дієти:** При надмірній масі тіла необхідне помірне зниження енергетичної цінності (2000–2200 ккал на день) за рахунок зменшення вуглеводів та насичених жирів. При нормальній та зниженій масі тіла, енергетична цінність раціону має відповідати вимогам раціонального харчування. Необхідно обмежити вживання продуктів, які є сильними стимуляторами шлункової секреції, а також смажених та жирних страв, які сприяють затримці шлункового вмісту, підвищенню внутрішньо-шлункового тиску та дуоденогастральному рефлюксу. Середня кількість кухарської солі складає 4-6 г на добу, а

при наявності артеріальної гіпертензії – див. «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією» (додаток 3 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»).

**Хімічний склад дієти:** білку 1,2-1,4 г/кг маси тіла, із них 50-55 % тваринного; жиру 1,0 -1,2 г/кг маси тіла, із них 25-30 % рослинного, вуглеводів – 4-5 г/кг маси тіла.

**Рекомендовані страви та продукти:** страви із нежирного м'яса, птиці, кролика, риба, морепродукти, яйця у вигляді омлету, зварені на м'яко, молочні супи, каші, молочний кисіль, м'який сир, запіканки, овочеві пюре, рагу, салати із невеликою кількістю рослинної олії, сметани, каші із цільних круп (гречана, рис, вівсяна), хліб пшеничний, сухарики, сухе печення, відварена дрібна вермішель, тваринні жири (невелика кількість сметани, вершків, вершкового масла), рослинні олії, стиглі ягоди та фрукти (крім кислих сортів), зелений та чорний чай з молоком, німецька кава із молоком або вершками, овочеві соки, узвари із сухофруктів, солодкі фруктові соки.

**Для зменшення рефлюксу шлункового вмісту** хворим рекомендується вживати невеликі порції їжі. Не рекомендується вживати продукти, що багаті органічними кислотами, грубою клітковиною, а також консервовані продукти, тугоплавкі жири, копченості, газовані напої, пиво, вино, шампанське, соління, житній хліб. Важливим є кулінарна обробка їжі та дотримання режиму харчування: 4-5 прийомів їжі невеликими порціями, не слід вживати занадто холодні або гарячі страви.

**Сильні стимулятори шлункової секреції:** страви, багаті екстрактивними речовинами – м'ясні, рибні, грибні, міцні овочеві навари; смажені страви; пряності; томатні соуси; консерви; солоні та копчені, тушковані у власному соку м'ясо та риба; солоні, мариновані, квашені овочі та фрукти; яйця, зварені на круту; несвіжі, пересмажені жири; житній хліб; кисломолочні продукти із підвищеною кислотністю, знежирене молоко, молочна сироватка; алкоголь; міцний чай та кава; газовані напої; кислі фрукти та ягоди, сирі овочі.

**Слабкі стимулятори шлункової секреції:** питна вода; крохмаль; жирні молочні продукти; яйця на м'яко або омлет; овочеві пюре; якісний жир; молочні або слизисті супи із круп та овочів, супи пюре; пюре із солодких фруктів; розварені каші із манки та рису; пшеничний хліб вчорашньої випічки; лужні негазовані мінеральні води; німецький чай.

Для покращення репараційних процесів слизової оболонки стравоходу та профілактики метаплазії в харчуванні хворих на ГЕРХ слід збільшити кількість продуктів із високим вмістом речовин, які мають сприятливий

вплив на слизову ШКТ (*вітамін А, Е, каротиноїди, лецитин, омега-3 жирні кислоти*) – овочів, фруктів, цільних злаків, морської риби.

Хворим на ГЕРХ із запорами слід збільшити в раціоні продукти, що містять харчові волокна – свіжі та запечені овочі, цільні злаки, овочеві рагу, запіканки із фруктами.

**Додаток 4**  
**до уніфікованого клінічного протоколу**  
**первинної, вторинної (спеціалізованої)**  
**медичної допомоги «Гастроєзофагеальна**  
**рефлюксна хвороба»**

**Санаторно-курортне лікування**

*Показання:* Санаторно-курортному лікуванню підлягають хворі на неерозивну форму ГЕРХ (НЕРХ) та ерозивну форму ГЕРХ (ступень А-D) за умов заживлення ерозій.

*Протипоказання:* Санаторно-курортне лікування протипоказане хворим з ускладненнями (пептична стриктура стравоходу, кровотечі з виразки стравоходу) та тривожними симптомами ГЕРХ (шлунково-кишкова кровотеча, втрата маси тіла, ядуха).

*Основні терапевтичні ефекти, які очікуються* – зменшення агресивності рефлюктата (пригнічення вироблення кислоти), підвищення тонусу нижнього стравохідного сфінктера, відновлення антеградної моторики езофагогастроуденальної системи, поліпшення функціонального стану інших органів травлення.

Оцінити типові симптоми ГЕРХ; оцінити наявність тривожних симптомів (дисфагія, анемія, втрата маси тіла, часта нудота, ШКК, ядуха); оцінити наявність супутньої патології шлунково-кишкового тракту.

*Дієта:* № 1 за Певзнером.

*Санаторний режим:* II – III

*Кліматотерапія:* загальна

*Руховий режим:* ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

*Рекомендації по зміні стилю життя:*

- спати з підведеним не менше ніж на 15 см головним кінцем ліжка;
- знизити масу тіла, якщо є надмірна вага або ожиріння;
- не лягати після їжі протягом 3 год;
- не приймати їжу перед сном; не переїдати; не піднімати важкі речі перед собою;
- обмежити прийом жирів;
- припинити куріння;
- уникати тісного одягу, тугих поясів;
- уникати прийому лікарських засобів, що надають негативний ефект на моторику стравоходу і тонус нижнього стравохідного сфінктера

(продовжені нітрати, антагоністи кальцію, теофілін), ушкоджують слизисту оболонку стравоходу (аспірин та інші НПЗЗ) і ін.

*Мінеральні води:* Мінеральні води призначають виходячи із ступеня ГЕРХ та стану кислотоутворюючої функції шлунка.

При ступеню С-D, підвищеній кислотності застосовують середньомінералізовані води хлоридно-гідрокарбонатні натрієві (Шаянська), хлоридні-гідрокарбонатні, гідрокарбонатні магнієво-кальцієві (Сойми, Рай-Оленівська, Кримська, Березівські мінеральні води та ін.), гідрокарбонатні натрієві (Поляна Квасова, Поляна Купіль, Свалявська). Воду призначають за 1,5 год. перед вживанням їжі температурою 38-40°C по 150-200 мл, тричі на день.

При ступені А-В, підвищеній або нормальній кислотності призначають ті ж самі води за 1 год. перед вживанням їжі, температурою 38-40°C по 150-200 мл, тричі на день.

При ступені А-В, зниженій кислотоутворюючій функції шлунка, а також хворим, що отримують підтримуючу терапію ППП призначають маломінералізовані води хлоридно-гідрокарбонатні натрієві, гідрокарбонатні натрієві (Лужанська) за 40-60 хвилин до їжі у теплом вигляді (38-40°C) по 150-200 мл, тричі на день.

З пляшкових мінеральних вод хворим на ГЕРХ рекомендують води з підвищеним вмістом гідрокарбонатних іонів: «Поляна Квасова», «Лужанська», «Свалява», «Поляна Купіль», «Плосківська», «Шаянська», «Березівська», «Драгівська». Мінеральні води заздалегідь дегазують.

*Апаратна фізіотерапія:*

**Синусоїдальні модульовані струми (СМС)** сприяють посиленню замикальної функції кардії, зниженню кислотоутворюючої та нормалізації моторної функції гастродуоденальної зони, також застосовуються при наявності змішаного рефлюктату. Процедури проводять в імпульсному режимі при поперечному розташуванні електродів на ділянку шлунка та ділянку нижньогрудного відділу хребта, модуляції від 25 до 50 %, частотою 100 Гц, I та IV рід роботи, по 3 хв. кожний, 8-10 процедур на курс лікування.

*Курорти та санаторії, що показані хворим на ГЕРХ:* Хворим на ГЕРХ рекомендовані курорти, де є питні мінеральні води, у складі яких переважає гідрокарбонатний іон. Це курорти Закарпаття (санаторії – «Шаян», «Свалява», «Сонячне Закарпаття», «Квітка Полонини», «Поляна», «Верховина», «Теплица»), Березівські мінеральні води, Рай-Оленівка, (Харківська обл.), курорт Одеса (санаторій ім. Горького).

*Термін санаторно-курортного лікування:* 21-30 днів.

## ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ

Пептична виразка – це відкрита виразка, яка розвивається на слизовій оболонці шлунка (виразка шлунка) або тонкого кишечника (виразка дванадцятипалої кишки).

### Причини розвитку пептичної виразки

Пептичні виразки можуть уражати осіб будь-якого віку, в тому числі дітей. Захворювання в рівній мірі уражує осіб обох статей. Хоча фактори способу життя, такі як харчування, паління, споживання алкоголю і стрес можуть впливати на розвиток пептичної виразки, зараз відомо, що основною причиною виникнення пептичної виразки є бактерія *H. pylori*. Крім того, деякі лікарські засоби, особливо, нестероїдні протизапальні протиревматичні засоби (НПЗЗ), аспірин, при тривалому застосуванні можуть сприяти розвитку пептичної виразки. Коли слід звертатися за медичною допомогою? Пекучий біль у верхній половині живота, який виникає через 2-5 годин після прийому їжі, може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Часто біль виникає вночі, посилюється на пустий шлунок, прийом їжі може допомогти зменшити біль. До менш розповсюджених симптомів пептичної виразки відносяться: порушення травлення та печія, блювання і втрата апетиту. При наявності цих симптомів Вам слід обов'язково звернутися до Вашого лікаря. Хоча деякі безрецептурні лікарські засоби можуть на деякий час полегшити симптоми пептичної виразки, але вони не усувають саме захворювання. Тривожними симптомами, що свідчать про серйозні ускладнення пептичної виразки (внутрішня кровотеча), та потребують негайного звернення до лікаря, є: – блювота з домішками крові яскраво-червоного або більш темного кольору, має зернисту консистенцію, подібну до кавових гранул; – випороження (кал) - дуже темного кольору або дьогтьоподібний; – раптовий різкий біль в області живота (шлунка), який постійно посилюється.

### Встановлення діагнозу

Хоча Ваш лікар може запідозрити виразку на підставі Вашої розповіді про симптоми, для підтвердження діагнозу необхідно пройти обстеження. Ендоскопія – найбільш точний метод для підтвердження наявності пептичної виразки. Процедура проводиться амбулаторно, передбачає введення ендоскопу в шлунок і дванадцятипалу кишку. При проведенні ендоскопії спеціаліст може взяти зразок тканини шлунка або дванадцятипалої кишки, який піддають аналізу на наявність *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) одночасно з проведенням процедури. Лікування План

Вашого лікування буде залежати від того, чи викликана пептична виразка інфекцією *H. pylori*, чи застосуванням НПЗЗ, чи в деяких випадках поєднанням інфекції *H. pylori* і застосуванням НПЗЗ. Для лікування пептичної виразки, викликаною інфекцією *H. pylori*, призначається ерадикаційна терапія, яка включає антибактеріальні лікарські засоби. Для лікування пептичної виразки, викликаною застосуванням НПЗЗ, при відсутності інфекції *H. pylori*, лікування призначається інгібітори протонної помпи (ІПП) впродовж 1-2 місяців. Також необхідно буде переглянути режим застосування НПЗЗ або призначити інший знеболюючий препарат. **Лікарські засоби призначає тільки лікар!** З метою забезпечення ефективності і безпеки фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

### Загальні рекомендації щодо режиму харчування

- Необхідно уникати переїдання, не їсти на ніч і не вживати дуже гарячої і дуже холодної їжі.
- Приймайте їжу слід не кваплячись, ретельно пережовувати їжу.
- Слід відмовитись від тютюнопаління та вживання алкоголю.
- Необхідно уникати вживання продуктів, що призводять до надмірної секреції шлункового соку (алкоголь, кава, шоколад, кетчупи, жирні, смажені, гострі страви, газовані напої, кислі соки, маринади).
- Їжа повинна бути зварена у воді або на пару, окремі блюда можна запікати, але без скоринки.
- Приймати їжу слід 4-5 разів на день в одні і ті ж години.

### ДОЗВОЛЯЮТЬСЯ:

- Напої – неміцний чай, чай з молоком або вершками, слабке какао з молоком або вершками.
- Хлібні вироби – хліб пшеничний білий вчорашньої випічки, сухарі білі, печиво нездобне або галетне.
- Закуски – сир негострий, шинка нежирна і несолена, салат з відварних овочів, м'яса і риби, варена ковбаса (докторська, молочна і дієтична).
- Молоко та молочні продукти – молоко незбиране, вершки, свіжа сметана, свіжий протертий сир.
- Жири – масло вершкове несолоне, рафіновані рослинні олії.
- Яйця – зварені на м'яко, не більше 2 штук на тиждень, омлет паровий.
- Супи – супи протерті, суп-пюре з варених овочів (крім капусти) на відварі

**Чутливість і специфічність діагностичних проб на *H. Pylori*,  
що здійснюються інвазивними методами**

з круп і дозволених овочів, молочний суп з дрібною вермішельлю.

Овочі – картопля, морква, буряк, цвітна капуста, ранні гарбуз і кабачки, обмежено – зелений горошок, дрібно шинкований кріп – у супи.

М'ясні і рибні страви – яловичина нежирна, телятина, курка, кролик, індичка, нежирні сорти риби (судак, короп, окунь тощо), готують у вигляді парових котлет, суфле, пюре, зраз, кнелів, відварюють шматком.

Крупи – манна, рис, гречана, вівсяна, каші варять на молоці або воді. Вермішель або макарони дрібно рубані, відварні.

Фрукти, ягоди, солодощі – солодкі сорти фруктів, ягід у вигляді компотів, киселів, мусів, желе, в запеченому вигляді, варення, зефір, пастила.

Соки – у сирому вигляді з дозволених овочів, солодких ягід і фруктів, відвар із плодів шипшини.

**ВИКЛЮЧАЮТЬСЯ:**

М'ясні і рибні страви – м'ясні, рибні і міцні овочеві відвари і бульйони, жирні сорти м'яса і риби, соління, копченості, маринади, м'ясні і рибні консерви.

Хлібні вироби – випічка зі здобного тіста, пироги, чорний хліб.

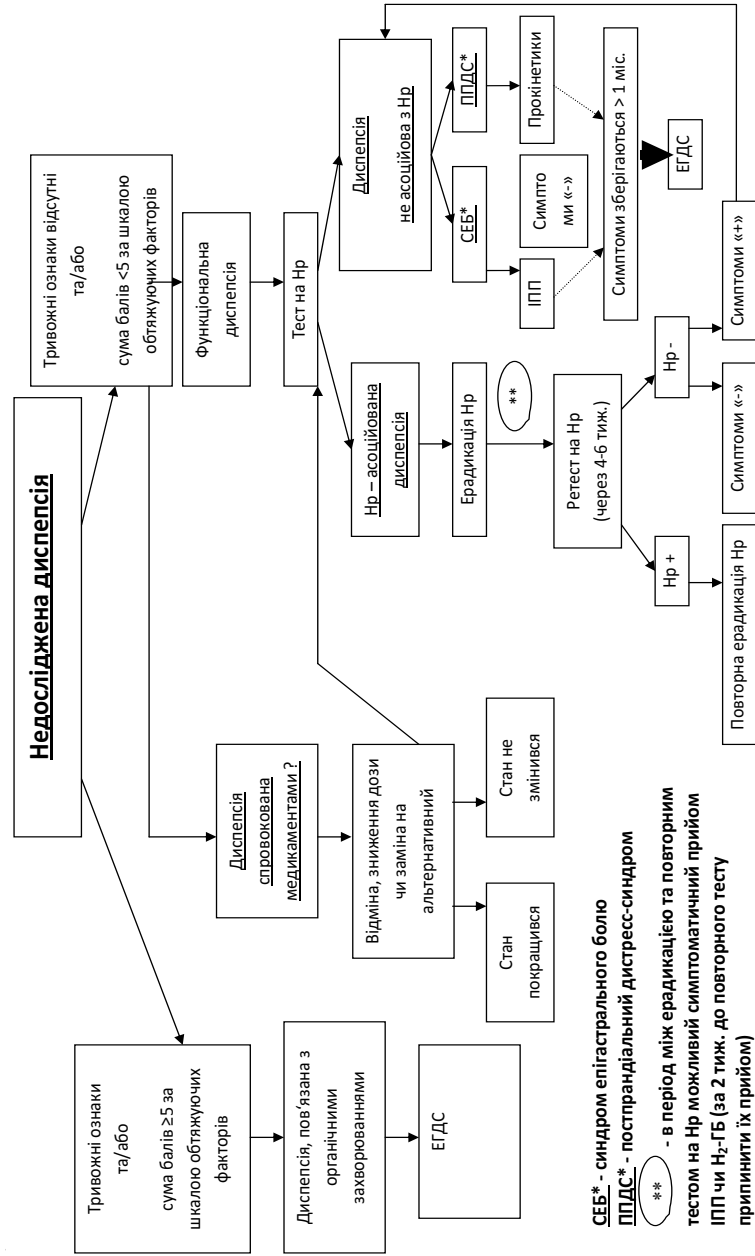
Фрукти, ягоди, овочі – сирі не протерті овочі і фрукти, білокачанна капуста, ріпа, редька, щавель, шпинат, цибуля, огірки, гриби, всі консервовані овочі з додаванням оцту.

Напої – квас, чорна кава, газовані напої, всі соуси, окрім молочного.

Солодощі – морозиво шоколад. Якщо у хворого виражене загострення з тривалим больовим синдромом, то в перші 7-8 днів лікування харчування має бути з великими обмеженнями: виключають повністю хліб, будь-які овочі, закуски, всі блюда – тільки в протертому вигляді.

Методика	Чутливість (%)	Специфічність (%)	Дослідження	Метод підтвердження
Посів	77,4	100	Форне 2001 <sup>32</sup> (Тераса )	
Гістологія	88	90	Алкалде 1994 <sup>30</sup> (Мадрид)	Дві позитивні проби (TUR, H, S)
Експрес уреазний тест	92 96,9	90 94,1	Алкалде 1994 <sup>30</sup> (Мадрид) Форне 2001 <sup>32</sup> (Тераса)	Дві позитивні проби (TUR, H, S) Одна антральна проба (зразок)

## Додаток 7



## Бібліографія:

1. Класифікації захворювань органів травлення: Довідник / за ред. Н. В. Харченко / О. Я. Бабак,, О. А. Голубовська, Н. Б. Губергриц, А. Е. Дорофеев, Т. Д. Звягінцева, І. М. Скрипник, С. М. Ткач, Г. Д. Фадєєнко, Н. В. Харченко, М. Б. Щербиніна. – Кіровоград: ПП «Поліум», 2015. – 55 с.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги – Диспепсія (підготовлений робочою групою під керівництвом голови – директора Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України Хобзей М.К., затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600).
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги – Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (підготовлений робочою групою під керівництвом голови – директора Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України Хобзей М.К., затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2013 року № 943).
4. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний гастрит. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271, м. Київ.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги - Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих (підготовлений робочою групою під керівництвом голови – директора Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України Хобзей М.К., затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 03.09.2014 № 613).