

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет

«Затверджено»
на засіданні кафедри
Внутрішньої медицини №1
Завідуюча кафедрою

_____ Ганна МАСЛОВА

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів під час підготовки
до практичного (семінарського) заняття та на занятті

Навчальна дисципліна	Внутрішня медицина
Модуль	«Основи внутрішньої медицини (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія)»
Тема заняття	Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба Шлункова диспепсія
Курс	IV
Факультет	Медичний № 1, № 2

1. Актуальність теми. Необхідність вивчення теми «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба» в клініці внутрішніх хвороб обумовлена значною поширеністю даної патології в світі. Серед дорослого населення більшості розвинених країн частота печії досягає 40%, але має тенденцію до зростання. За ступенем зниження якостей а життя гастроезофагеальна рефлексна хвороба (ГЕРХ) поступається лише психічним хворобам і випереджає виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, стенокардію і гіпертонічну хворобу I - II стадій. У 10% пацієнтів з симптомами ГЕРХ розвивається стравохід Барретта, який збільшує ризик появи аденокарциноми стравоходу в 30-125 разів. Початок третього тисячоліття характеризується бурхливим зростанням ГЕРХ в розвинених країнах світу (в 4-5 разів). Вважається, що це може бути пов'язано з високою поширеністю такого фактора ризику ГЕРХ як ожиріння, а також з сидячим способом життя і зміною складу їжі.

Згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2013 р. №943 ГЕРХ - стан, який розвивається, коли рефлюкс вмісту шлунку викликає поява симптомів, що турбують пацієнта, і/або розвиток ускладнень. При цьому найбільш характерними симптомами ГЕРХ є печія і регургітація (відрижка, кисла відрижка), що виникають не менше ніж один раз на тиждень, а найбільш поширеним ускладненням - рефлюкс-езофагіт. Встановлення діагнозу ГЕРХ найбільш доцільним для більшості пацієнтів з типовими скаргами на печію, у яких не спостерігаються «тривожні ознаки». При встановленні клінічного діагнозу необхідно визначити ступінь пошкодження стравоходу після ендоскопічного обстеження (А, В, С, D) відповідно до Лос-Анжелеської класифікації.

Термін «диспепсія» дослівно перекладається з грецької мови як «порушене травлення». Цей термін є найпоширенішим у практиці сімейного лікаря, терапевта і гастроентеролога.

Синдром диспепсії визначається як відчуття абдомінального болю або дискомфорту (тяжкість, переповнення, раннє насичення), локалізоване в епігастральній ділянці ближче до серединної лінії при відсутності симптомів рефлексу.

Пацієнти, що мають диспепсичні скарги, розподіляють на дві категорії:

1. Хворі з певними органічними, системними або метаболічними причинами, які можуть пояснити появу цих симптомів. Якщо стан хворого поліпшується або хворобу виліковано, скарги також мають редукувати або зникати (наприклад пептична виразка або ГЕРХ, ураження панкреатобіліарної ділянки, ендокринні розлади або застосування лікарських засобів).

H. pylori – асоційована диспепсія діагностується в підгрупі пацієнтів з диспепсією, симптоми у яких зникають після ерадикації *H. pylori*.

2. Пацієнти, що не мають ідентифікованих причин, які могли б пояснити наявність скарг (за результатами традиційних діагностичних процедур). В даному випадку мова йде про *функціональну диспепсію*.

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

Функціональна диспепсія (ФД) є діагнозом винятку. Існує правило, згідно з яким диспепсія вважається органічною доти, поки не доведено зворотнє.

Епідеміологічні дослідження щодо ФД у західних показали, що ця патологія зустрічається у 14,7% населення країн Північної Європи, у 15% - у США, у 23% - у Великобританії; поширеність ФД в Японії коливається від 11 до 17%.

2. Конкретні цілі:

1. Визначати етіологічні і патогенетичні фактори ГЕРХ, шлункової диспепсії, роль *H. pylori* у виникненні гастродуоденальної патології.
2. Проводити опитування і фізикальне обстеження пацієнтів з ГЕРХ, шлунковою диспепсією.
3. Аналізувати різні клінічні варіанти та ускладнення, а також клінічні прояви в залежності від варіанту і стадії ГЕРХ, шлункової диспепсії.
4. Скласти план обстеження хворих з ГЕРХ, шлункової диспепсією.

5. Тракувати результати основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів і визначати показання та протипоказання до їх проведення, можливі ускладнення.
6. Запропонувати захворювання для проведення диференціального діагнозу, обґрунтовувати і формулювати діагноз ГЕРХ, шлункової диспепсії.
7. Пояснювати тактику ведення (рекомендації щодо режиму, дієти, лікування, реабілітаційні заходи) хворого, немедикаментозне і медикаментозне лікування, в тому числі прогноз-модифікуюче ГЕРХ, шлункової диспепсії і їх ускладнень.
8. Діагностувати і надавати допомогу при невідкладних станах (стравохідна і шлунково-кишкова кровотеча).
9. Визначати необхідність проведення первинної і вторинної профілактики ГЕРХ, шлункової диспепсії.
10. Обґрунтовувати прогноз і працездатність хворих на ГЕРХ, шлункову диспепсію.
11. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія	Описувати анатомічні особливості будови стравоходу, шлунка
2. Нормальна фізіологія	Демонструвати знання нормальної фізіології травної системи
3. Біохімія	Мати уяву про хімічні реакції і процеси, що відбуваються в клітинах і тканинах при захворюваннях стравоходу і шлунка
4. Патологічна фізіологія	Визначати закономірності виникнення, розвитку та результату патологічних процесів; особливості і характер динамічного зміни фізіологічних функцій при захворюваннях стравоходу і шлунка
5. Патологічна анатомія	Описувати основи патологічних процесів і морфологічні аспекти патогенезу захворювань стравоходу і шлунка
6. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Знати схему історії хвороби Демонструвати вміння проводити опитування (збір скарг, анамнезу захворювання і життя) Володіти методикою фізикального обстеження пацієнтів
7. Фармакологія	Застосовувати знання про класифікацію, фармакокінетику, фармакодинаміку препаратів, що призначаються при захворюваннях травної системи

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття і на занятті

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

№ п / п	термін	визначення
1.	Одинофагія	Біль при ковтати і та і проходженні їжі по стравоходу
2.	Дисфагія	Відчуття утруднення або перешкода при проходженні їжі по стравоходу
3.	Стравохід Баретта	Кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу
4.	Dyspepsia	Dys- розлад, persia - травлення
5.	Дуоденогастрального рефлюкс	Закид в порожнину шлунка дуоденального вмісту
6.	H. pylori	Спіралеподібна грамнегативна бактерія, яка

		інфікує різні ділянки шлунка і 12-палої кишки
7.	Гастропарез	Хронічне порушення евакуаторної функції шлунка, що носить функціональний характер
8.	Хромоендоскопія	Діагностичний метод з використанням забарвлення і слизової оболонки за допомогою 3-5% розчину Люголя, який застосовується для дослідження різних ділянок шлунково-кишкового тракту в процесі ендоскопії

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологічні фактори ГЕРХ, шлункової диспепсії, роль Н. pylori у виникненні гастродуоденальної патології.
2. Основні патогенні механізми розвитку ГЕРХ і шлункової диспепсії.
3. Класифікація ГЕРХ і шлункової диспепсії.
4. Основні клінічні прояви, критерії діагностики та ускладнення неерозивної і ерозивної ГЕРХ і шлункової диспепсії.
5. Типові і а типові прояви ГЕРХ і шлункової диспепсії.
6. Роль гастроєзофагеального рефлюксу у розвитку езофагіту й стравоходу Барретта.
7. Диференціальна діагностика ГЕРХ і шлункової диспепсії.
8. Тактика ведення (рекомендації щодо режиму, дієти, лікування, реабілітаційні заходи) хворого, немедикаментозне і медикаментозне лікування, в тому числі прогноз-модифікуючих, ГЕРХ, шлункової диспепсії та їх ускладнення.
9. Первинна і вторинна профілактика, прогноз і працездатність хворих з ГЕРХ і шлункової диспепсією.

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті:

1. Оволодіти навичками фізикального обстеження хворого.
2. Аналізувати типову клінічну картину, ускладнення, а також клінічні прояви в залежності від варіанту і стадії ГЕРХ, шлункової диспепсії.
3. Формулювати попередній діагноз хворого з ГЕРХ, шлункової диспепсією.
4. Визначати показання, протипоказання для проведення проведення фіброєзофагогастро-дуоденоскопії, внутрішньостравохідної і внутрішньошлункової 24-х і 48-годинної рН метрії, внутрішньостравохідної імпедансометрії, різних методів діагностики інфекції Н. pylori і ін. методів обстеження, які використовуються для діагностики ГЕРХ і шлункової диспепсії.
5. Тракувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.
6. На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз ГЕРХ, шлункової диспепсії.
7. Складати план лікувальних заходів пацієнтів з ГЕРХ і шлунковою диспепсією.
8. Визначати показання та протипоказання для терапевтичних та хірургічних методів лікування.
9. Виписувати рецепти лікарських засобів, які використовують для лікування і профілактики цих захворювань.
10. Діагностувати і про показувала невідкладну допомогу хворим при невідкладних станах (стравохідна і шлунково-кишкова кровотеча).
11. Визначати прогноз і працездатність пацієнтів з ГЕРХ і шлунковою диспепсією, призначати реабілітаційні заходи.
12. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Зміст теми:

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – хронічне рецидивуюче захворювання, яке, обумовлено порушенням моторно-евакуаторної функції гастроєзофагеальної зони, що характеризується спонтанним або регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового і дуоденального вмісту, призводить до пошкодження дистального відділу

стравоходу і вимагає тривалої терапії для досягнення високої якості життя пацієнтів і профілактики ускладнень.

Патогенез ГЕРХ

1. Порушення функції антирефлюксного бар'єру відбувається при первинному зниженні тонусу нижнього стравохідного сфінктера (НСС). Тонус НСС може залежати від таких факторів, як рівень мікроциркуляції (він може знижуватися в разі гіпоксії), конституції (чим довший черевний сегмент стравоходу, тим менший потрібен його тонус для протидії змінам внутрішньочеревного тиску, а чим коротший НСС, тим більшу напругу м'язових волокон потрібно для підтримання фізіологічної здатності стравохідно-шлункового антирефлюксного переходу).

2. Збільшення кількості епізодів спонтанної релаксації НСС. У виникненні цього фактора головну роль відіграє порушення нервової регуляції тонусу і моторики НСС. Тонус і моторику НСС можуть зменшувати різноманітні речовини і продукти: жир, шоколад, кава, секретин, холецистокінін (панкреазимин), α -адреноміметики, β -адреноміметики, холінолітики, спазмолітики, нітрати, блокатори кальцієвих каналів, теофілін, допамін, кофеїн, бензодіазепіни, барбітурати, опіати, алкоголь, м'ята перцева, томати, цитрусові. Зниження тонусу гладких м'язів НСС спостерігається також при залізодефіцитній анемії, діабетичній нейропатії, вагітності, у людей з астенічною конституцією і вісцероптоз, при синдромі Гленара.

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

4. Додаткові фактори патогенезу ГЕРХ: збільшення внутрішньошлункового і внутрішньочеревного тиску (ожиріння, метеоризм, вагітність), уповільнене спорожнення шлунка (пілороспазм, пілоростеноз, гастростаз без стенозу при діабетичній гастропатії тощо), зниження кліренсу стравоходу (хімічного і об'ємного), за рахунок чого збільшується тривалість взаємодії з рефлюксата, підвищення агресивних властивостей рефлюксата, який містить соляну кислоту, пепсин, жовчні кислоти, зниження захисних властивостей епітелію слизової оболонки стравоходу (секреція слизу, гідрокарбонатів, простагландинів), домінування чинників агресії над факторами захисту слизової оболонки, нездатність слизової оболонки стравоходу протидіяти агресивній дії рефлюксата.

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

Установлено, що езофагіт при ГЕРХ перебігає важче в інфікованих *Helicobacter pylori* (Hр). Особливості будови слизової оболонки кардіального відділу шлунку такі, що Hр часто сприяє запальному процесу в цій ділянці. Разом з тим, в даний час немає переконливих доказів, що Hр викликає ГЕРХ.

Клініка ГЕРХ

Характерними типовими симптомами ГЕРХ є печія і відрижка кислим. Печія (особливо при фізично й навантаженні, нахилах, в лежачому положенні, після їжі) - це відчуття печіння за грудиною, яке іррадіює вгору, у напрямку до ший. Вона з'являється внаслідок тривалого контакту кислого шлункового вмісту ($\text{pH} < 4$) зі слизовою оболонкою стравоходу.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба швидше за все є, якщо печія виникає частіше, ніж двічі в тиждень, однак ГЕРХ не можна виключити і тоді, коли цього симптому немає. Іншими скаргами можуть бути такі: регургітація, відрижка кислим (відчуття зворотного

потоків шлункового вмісту з утворенням кислого присмаку в роті) або гірким, дисфагія, загроюдинний біль, біль в проекції мечовидного відростка.

До позастравохідних проявів захворювання відносять: респіраторні (кашель, задишка, напади задухи, пароксизмальне нічне апное, нічні напади бронхоспазму), отоларингологічні (дисфонія, фарингіт, контактна гранульома, злоякісні ураження горла, прогресуючий карієс), гастритичні (слинотеча, швидке насичення, нудота, блювота, одінофагія, здуття живота), кардіальні (біль в грудній клітці, аритмії). Зміна печії на дисфагію у хворого ГЕРХ вважається небезпечною прогностичною ознакою, яка вказує на розвиток стриктури або малігнізації.

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

Тривожні симптоми, що вимагають при ГЕРХ обов'язкової ендоскопії.

- Дисфагія
- Одінофагія
- Втрата ваги
- Шлунково-кишкова кровотеча
- Анемія
- Тошнота і блювота

Діагностика

1. Езофагоскопія дає можливість визначити наявність або відсутність симптомів езофагіту (гіперемія, набряк слизової оболонки, зникнення контрастності Z-лінії, зниження характерного блиску слизової оболонки стравоходу, поява ерозій стравоходу). Ураження стравохідного епітелію здебільшого мають продовгувату форму і спочатку локалізується переважно на верхівках складок. У разі необхідності - для виключення раку і передракових змін стравоходу - проводять біопсію і гістологічне дослідження біоптатів.

Показаннями до біопсії є ерозування, стеноз, стравохід Барретта, езофагіт нерейфлюксної етіології тощо. При цьому дуже ефективним є застосування хромоендоскопії, яка дає можливість краще виявляти ділянки, з яких необхідно брати біоптат.

Також застосовують ендоскопічне дослідження зі збільшенням, що дозволяє виявити дрібні патологічні зміни, які погано виявляються або не фіксуються під час звичайної ендоскопії.

2. Внутрішньостравохідний добовий рН-моніторинг (введення в дистальні відділи стравоходу рН-зонда), 48-годинний езофаго-рН-моніторинг за допомогою радіотелеметричної системи «Bravo».

Патологічним вважається гастроезофагеальний рефлюкс з кількістю його епізодів більш ніж 50 за добу і коли сумарна тривалість рефлюксу перевищує 1 годину при рН до 4,0 або він триває 4,2% часу при багатогодинному (понад 5 годин) моніторингу. Патологічним лужним рефлюксом вважається внутрішньостравохідний $pH > 7,0$. Рефлюкс тривалістю менше 5 хвилин не вважається патологічним.

3. Волоконно-оптичний спектрофотометричного внутрішньостравохідний моніторинг білірубіну (Bilitec-2000) - єдиний достовірний метод діагностики дуоденогастроезофагеального рефлюкса.

4. Метод внутрішньостравохідної імпедансометрії (дослідження змін електричного опору інтралюмінального вмісту стравоходу) дає можливість реєструвати епізоди рефлюксу незалежно від рН рефлюксата.

5. Рентгеноскопія не дає можливість зафіксувати епізоди рефлюксу. Наявність таких епізодів не підтверджує, а їх відсутність не виключає ГЕРХ.

6. Для вивчення моторики стравоходу, функціонального стану НСС застосовується езофагоманометрія (балонна кімографія), при ГЕРХ реєструється зниження його базального тону, збільшення кількості його спонтанних релаксацій.

7. ІПП-тест, який передбачає пробне емпіричне лікування інгібіторами протонної помпи (ІПП) осіб з наявністю печії протягом 7-14 днів. Якщо під впливом такої терапії симптоми зникають, діагностується ГЕРХ. Даний метод доцільніше використовувати у хворих молодого і середнього віку і обов'язково при відсутності симптомів тривоги.

8. Тест кислотної перфузії Бернштейна (стравохідний провокаційний тест). В основу дослідження покладена гіперчутливість хеморецепторів слизової стравоходу хворих на ГЕРХ до кислоти. Під час дослідження в стравохід по черзі вводять рівні обсяги (60-80 мл зі швидкістю 6-8 мл за хв.) 0,1 М розчину соляної кислоти і ізотонічного розчину хлориду натрію. Тест вважається позитивним, якщо під час введення кислоти у пацієнта виникають типовий больовий симптом, який зникає (НЕ рецидивує) при введенні в стравохід ізотонічного розчину.

9. Відеокапсулярна ендоскопія, особливо для діагностики стравоходу Барретта.

10. Тест на Нр.

Клінічна класифікація ГЕРХ.

За характером ендоскопічних змін в стравоході:

1. Ерозивна ГЕРХ (ендоскопічно позитивний варіант, ГЕРХ з езофагітом).

Ступінь езофагіта визначається міжнародною класифікацією ендоскопічної оцінки (Лос-Анджелес, 1998):

- ступінь А: одне (або більше) ураження менш ніж 5 мм, обмежене однією складкою слизової оболонки стравоходу.
- ступінь В: одне (або більше) ураження слизової оболонки більш ніж 5 мм, обмежене однією складкою стравоходу.
- ступінь С: одне (або більше) ураження слизової оболонки, яке поширюється на 2 складки (або більше), але займає менше ніж $\frac{3}{4}$ кільця стравоходу.
- ступінь D: одне (або більше) ураження слизової оболонки, яке займає, більш ніж $\frac{3}{4}$ кільця стравоходу.

Ускладнення ерозивної ГЕРХ:

- виразкова хвороба; - кровотеча; - стриктура стравоходу.

2. Неерозивна ГЕРХ (ендоскопічно негативний варіант, ГЕРХ без езофагіта).

3. Стравохід Барретта (кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу):

А. Короткий сегмент стравоходу Барретта - зміщення Z-лінії проксимально від стравохідно-шлункового переходу і/або нерівна Z-лінія з «язиками» циліндричного епітелію менш ніж 3 см;

В. Довгий сегмент стравоходу Барретта - зміщення Z-лінії проксимально від стравохідно-шлункового переходу і/або нерівна Z-лінія з «язиками» циліндричного епітелію більш ніж 3 см;

За характером клінічних проявів:

1. Типовий рефлюксний синдром.

2. Синдром за грудиною рефлюксного болю.

3. Екстраезофагеальні прояви ГЕРХ:

З встановленою причиною:

- хронічний кашель; рефлюкс-ларингіт; бронхіальна астма; пошкодження зубної емалі.

З передбаченим зв'язком:

- фарингіт; синусит; рецидивуючий середній отит; ідіопатичний фіброз легень.

4. Рефрактерна ГЕРХ.

Алгоритм диференціальної діагностики.

Диференціальний діагноз.

Захворювання	Стенокардія	ГЕРХ
Загальна	Біль за грудиною	
Загальна тривалість болю	Короткочасна	Більш тривала
Біль провокується	Фізичним навантаженням, психо-емоційним напруженням	Зміною положення тіла (сильніше в горизонтальному положенні, а слабкіше - в вертикальному)
Зв'язок болю з вживанням їжі	Не характерно	Характерно
Ефект нітрогліцерину	Позитивний	Негативний
Ефект антацидів і лужних мінеральних вод	Негативний	Позитивний
Задишка	Характерна	Не характерна
Диспепсичні скарги	Не характерні	Характерні (печія, відрижка)
Підтверджують діагноз дослідження	Електрокардіографічні, в першу чергу добовий моніторинг і при ЕКГ - дозованому фізичному навантаженні	Езофагоскопія, рН-моніторинг, рентгеноскопія, тест кислотної перфузії Бернштейна
захворювання	Бронхіальна астма	ГЕРХ
Загальна	Ознаки бронхообструкції, кашель	
початок астми	Ранній	Пізній
Алергологічний анамнез	Обтяжений	Не обтяжений
Посилення проявів	Пов'язано з переохолодженням, контактом з алергеном, фізичним, психоемоційним перенапруженням	Після вживання їжі, в горизонтальному положенні, після фізичного навантаження, в нічний час
Ефективність лікування	Бронходилататорами, глюкокортикостероїдами	Антацидами, антисекреторними препаратами
Диспепсичні скарги	Не характерні	Характерні
Підтверджують діагноз дослідження	Алергологічні проби, провокаційні проби, бронхоскопія, пікфлоуметрія, функціональні фармакологічні проби	Езофагоскопія, рН-моніторинг, рентгеноскопія, тест кислотної перфузії Бернштейна
Захворювання	Виразкова хвороба 12 ПК	ГЕРХ
Загальна	Болі в епігастральній ділянці	
Залежність від положення тіла	Не характерна	Характерна
Залежність від прийому їжі	Поліпшення	Погіршення
Періодичність болю	Характерна	Не характерна
Фізикальне обстеження	Болючість в пілородуоденальній зоні	Без особливостей
Ф Е ГДС	Дефект слизової цибулини 12 П.К.	Можливі ознаки езофагіта

Рентгеноскопія ШКТ	Симптом «ніші», симптом «вказівного пальця»	Стриктурна, виразка стравоходу, недостатність НСС
--------------------	---	---

Прояви з боку систем організму, які повинні враховуватися при встановленні діагнозу ГЕРХ

Стравохідні:	• печія • регургітація, відрижка (кислим, гірким або їжею) • нудота • дисфагія або одінофагія • відчуття підвищеної кількості рідини в роті • епігастральна біль • порушення сну, пов'язані з болем або печією
Кардіальні:	• епігастральні болі в лівій половині грудної клітини • порушення серцевого ритму
Бронхолегеневі:	• хронічний кашель • рецидивуючі (аспіраційні) пневмонії • бронхіальна астма («неалергічна»)
Ларингофарингеальні:	• хриплість, ларингіт, фарингіт • риніт • біль, почервоніння горла
Стоматологічні:	• карієс, ураження зубної емалі • дентальні ерозії • неприємний запах з рота

Одним з методів диференціальної діагностики, що підтверджують наявність кислото залежного захворювання (ГЕРХ) є позитивні результати проведення одного з тестів:

- з альгінатами / антацидами (одноразовий прийом лікарського засобу 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.
- ІПП -тест (пробне призначення ІПП в стандартній дозі протягом 7 днів).

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

Загальнолікувальні заходи:

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

Дієтичні рекомендації:

- рекомендується 4-5-разове регулярне харчування невеликими порціями;
 - виключення переїдання;
 - обмеження продуктів, які знижують тонус стравохідного сфінктера (кава, міцний чай, шоколад, м'ята, молоко, жирне м'ясо і риба);
 - виключення вживання продуктів, які подразнюють слизову оболонку стравоходу (цитрусові, цибуля, часник, томати, смажені страви);
 - обмеження продуктів, які підвищують внутрішньошлунковий тиск, стимулюють кислотоутворюючу функцію шлунка (пиво, шампанське, газовані мінеральні води, бобові);
 - бажано підвищене вживання білка, який, на відміну від жиру, підвищує тонус сфінктера.
- Багато виключити фармакологічні засоби, які знижують тонус НСС (спазмолітичні, холинолітичні, адреноміметики, метилксантини, прогестерон, антидепресанти, снодійні,

опіати, нітрати, антагоністи кальцію, м'яту), а також самі можуть викликати запалення слизової оболонки шлунка і стравоходу (нестероїдні протизапальні препарати, доксациклін, хінідин).

Фармакотерапія ГЕРХ

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол;
2. Антагоністи H₂ - рецепторів гістаміну: квамател, фамотидин;
3. Стимулятори перистальтики: домперидон, мосаприд, ітопрід;
4. Антациди: алюмінію гідроксид + магнію гідроксид, гідроксид 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. Засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат;
9. Ентеросорбенти: вугілля медичний активоване, діосмектит, гідрогель метилкремнієвої кислоти.

1. Стандартом стартової лікування хворих на ГЕРХ є застосування ІПП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол).

У лікуванні ГЕРХ застосовують так зване правило Белла: для ефективного усунення симптомів ГЕРХ і лікування запально-ерозивних змін стравохідного епітелію необхідно підтримувати рівень рН в стравоході вище 4,0 протягом 16 годин (не менш) на добу.

Основний курс терапії ГЕРХ (в стандартних дозах ІПП) становить НЕ менш 8 тижнів в дозах для омепразола - 20 мг 2 р/добу, лансопразола - 30 мг 2 р/добу, пантопразола - 40 мг 1 р/добу, езомепразола - 40 мг 1 р/добу, рабепразола - 20 мг 1 р/добу, хоча можуть застосовуватися і інші, індивідуально підібрані дози ІПП. При необхідності (рецидив або його загроза) термін лікування може бути збільшений з подальшим призначенням ІПП «за потребою» (on demand терапія). Базовий курс початкового лікування ІПП при будь-якій формі ГЕРХ повинен становити не менше 1 місяця.

Як правило, при ГЕРХ і рефлюкс-езофагіті ступеня А лікування починається з однієї стандартної дози ІПП в день протягом 4-8 тижнів. При рефлюкс-езофагіті ступеня В, С і D, а також при стравоході Барретта зазвичай призначається подвійна стандартна доза ІПП протягом 8-12 тижнів.

Після досягнення клінічної та ендоскопічної (у випадках рефлюкс-езофагіту) ремісії переходять на підтримуючу протирецидивне лікування стандартними або половинними дозами ІПП. Якщо хворому не призначено підтримуючу терапію, то ймовірність рецидиву ГЕРХ (і виразкового езофагіту) протягом року дуже висока і становить 80-90%.

Відповідно до Європейського Генвальської консенсусу (стаття 61), «підтримуюча терапія езофагіту повинна проводитися на знижених дозах, які б контролювали симптоматику без повторних ендоскопій». Серед найбільш вивчених режимів протирецидивного лікування виділяють тривалий щоденний прийом ІПП в стандартній або половинній дозі, тривалий прийом ІПП у стандартній дозі по вихідним дням, тривалий прийом звичайної дози ІПП 1 раз в 2-3 дня, а також терапію "на вимогу".

2. Блокатори H₂-рецепторів в гістаміну (квамател, фамотидин, нізатидін) сьогодні в лікуванні ГЕРХ практично не застосовують. Комбіноване застосування блокатору про в H₂-рецепторів гістаміна і інгібіторів H⁺/K⁺ АТФ-ази може бути виправдане при наявності патологічного нічного гастроезофагеального рефлюксу, резистентного до монотерапії ІПП.

3. Прокінетики - фармакологічні препарати, які на різних рівнях і за допомогою різних механізмів змінюють пропульсивну активність травного тракту і прискорюють транзит харчового болюса по ньому (метоклопрамід («Церукал»), домперидон («Мотилиум»).

Прокінетики показані при супутньому дуоденогастральному рефлюксі для усунення попадання жовчі в стравохід, при грижі стравохідного отвору діафрагми, виявленої недостатності кардіальної розетки, позастравохідних проявах ГЕРХ, а також при наявності функціональної диспепсії.

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

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

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

7. Якщо ГЕРХ виникла на тлі психоемоційних розладів, замість прокінетиків рекомендують призначати сульпірид в добовій дозі 100-200 мг/добу, який також володіє незначною прокінетичною активністю, але здебільшого усуває або зменшує невротичні і депресивні розлади.

Хірургічне антирефлюксне лікування.

Показання : - наявність грижі стравохідного отвору діафрагми;

- протяжність НСС менш ніж 3 см з переважно грудним його розташуванням;

- гіпо- , акінетичний тип порушення моторики стравоходу;

- наявність позастравохідних симптомів захворювання.

Більш ефективною вважається фундоплікація по Ніссену, однак і цей метод лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби не гарантує одужання. Останнім часом в світі широко застосовують лапароскопічну фундоплікацію, перевага якої полягає в відсутності розрізу і швидкому відновленню здоров'я хворих після операції. Пацієнти з ГЕРХ можуть направлятися на санаторне лікування в місцевості з натуральними гідрокарбонатно-натрієвими мінеральними водами (Поляна Квасова, Моршин, Мізунь).

Профілактика. Мета вторинної профілактики ГЕРХ : зниження частоти рецидивів, запобігання є прогресування захворювання і її ускладнень.

Вторинна профілактика гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби передбачає такі заходи: диспансерне спостереження за всіма хворими ГЕРХ з езофагітом; використання терапії «на вимогу» для профілактики загострень; своєчасна адекватна антисекреторна і антирефлюксна фармакотерапія в разі загострення ГЕРХ; запобігання розвитку стравоходу Барретта; запобігання розвитку раку при стравоході Барретта; своєчасне хірургічне лікування. Критерієм успішної вторинної профілактики є зменшення частоти загострень хвороби, відсутність прогресування і розвитку ускладнень езофагіта, а також зниження ступеня його тяжкості.

Сучасні підходи до діагностики та лікування стравоходу Барретта (СБ)

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

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

Шлункова диспепсія

Диспепсія не є специфічним синдромом і може зустрічатися як при патології шлунково-кишкового тракту (структурної або функціональної), так і при багатьох не гастроентерологічних захворюваннях. У більш ніж 50% випадків будь-яких органічних порушень при диспепсії не виявляють, тобто вона має функціональний характер. У 40-50% хворих диспепсичні прояви обумовлені органічною патологією, частіше на виразкову хворобу і ГЕРБ. Рідше, в якості потенційних чинників виступають міліарні і панкреатичні розлади, приєм деяких медикаментів, пухлини шлунково-кишкового тракту та інші - і як синдром, і як самостійну нозологічну форму. Для визначення диспепсії як попереднього діагнозу, тобто для опису диспептичного симптомокомплексу у первинного хворого, рекомендують використовувати термін «недосліджена диспепсія». У 50-60% пацієнтів з диспепсією будь-яких структурних патологічних відхилень при ФЕГДС та УЗД черевної порожнини не виявляють - «функціональна диспепсія».

Таким чином, з етіологічної точки зору, всі хворі з диспепсичними синдромами можуть бути розділені на 2 групи:

1. Пацієнти з органічними, системними або метаболічними факторами диспепсичної симптоматики, які можуть бути ідентифіковані при проведенні ФЕГДС та УЗД черевної порожнини. При відповідному лікуванні симптоми диспепсії зменшуються або повністю зникають. Такий стан трактують як вторинну диспепсію внаслідок відомих факторів, а саме інфекція Н. рylogi.

2. Пацієнти, у яких симптоматика не може бути пояснена за допомогою традиційних діагностичних методів, тоді їх розглядають як хворих функціональну диспепсію, яку поділяють на два окремих субтипу:

- постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС) ;
- епігастральний больовий синдром (ЕБС) .

Функціональна диспепсія (ФД) розглядається як захворювання, яке істотно впливає на життєдіяльність пацієнта, характеризується наявністю одного або більше таких симптомів: болі і чи відчуття печіння в надчеревній ділянці, відчуття переповнення в епігастрії після прийому їжі, раннє насичення, які відзначаються у хворого протягом останніх 3-х місяців від початку прояву захворювання і принаймні протягом 6 місяців перед діагностикою (**Римські критерії IV**).

ФД визначається не просто як «біль і дискомфорт строго в епігастрії», а як наявність симптомів протягом останніх 3 місяців від початку проявів і принаймні 6 місяців перед діагностикою ≥ 1 диспептического синдрому, що виникає з гастродуоденальної області (відчуття важкості після їжі, почуття раннього насичення, біль в епігастрії. Відчуття печіння в епігастрії), при відсутності будь-яких органічних (за даними ФЕГДС), системних або метаболічних змін, які дають можливість пояснити симптоми.

Римський комітет запропонував деталізувати визначення ФД шляхом більш ретельної характеристики симптомів.

В Римських критеріях IV ФД рекомендується розглядати як широке поняття, яке охоплює:

- пацієнтів з ПДС, що характеризується виникненням диспепсичної симптоматики, індукованої прийомом їжі;
- пацієнтів з ЕБС, при якому біль/печіння в епігастрії не виникають виключно відразу після їжі, а й можуть розвиватися або також зменшуватися під час їжі;
- пацієнтів з «перехрестом» симптомів ПДС і ЕБС (оверлап), при якому відзначаються як диспепсичні симптоми, індуковані прийомом їжі, так і епігастральний біль і/або печія.

Етіологія. Найбільш частою причиною виникнення функціональних захворювань є неврози, які розвиваються переважно в осіб з афективними розладами в минулому, викликані психічними травмами, конфліктними ситуаціями, систематичним перенапруженням центральної нервової системи, шкідливими звичками (вживання алкоголю, куріння).

Згідно **Римським критеріям IV** провідну роль у розвитку ФД грає порушення регуляції осі «ШКТ - ЦНС».

В останні роки обговорюється можливий зв'язок симптомів з інфікуванням слизової оболонки шлунка *H. pylori*. За деякими спостереженнями функціональна диспепсія тільки в 28-40% поєднується з хронічним гастритом, асоційованим з *H. pylori*. А питання про роль її в розвитку порушень моторики шлунка - суперечливим.

Патогенез.

В останні роки були уточнені і доповнені патогенетичні особливості функціональних захворювань органів травлення. При функціональній диспепсії провідну патогенетичну роль в разі її виразкоподібного варіанта грає не гіперсекреція соляної кислоти, як це передбачалося раніше, а збільшення часу контакту кислого вмісту шлункового соку зі слизовою оболонкою шлунка і дванадцятипалої кишки, гіперчутливість її хеморецепторів з формування неадекватного відповіді.

Диспепсичні розлади можуть бути викликані нервово-психічними стресами (втрата роботи, розлучення). Найбільше значення у виникненні диспепсичних розладів у таких хворих мають порушення моторики верхніх відділів ШКТ, які спостерігаються у 75% пацієнтів. У забезпеченні нормальної евакуаторної функції шлунка важливе значення має антродуоденальна координація - синхронізація перистальтики антрального відділу шлунка з відкриттям пілоричного сфінктера (гастропарез, розлади релаксації шлунка, порушення циклічної активності шлунка в міжтравному періоді, дуоденогастральний рефлюкс).

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

- ослаблення моторики антрального відділу шлунка (гастропарез);
- шлункові дисритмії - розлади ритму шлункової перистальтики (тахігастрія, антральна фібриляція, брадикастрія);
- порушення антропокардіальної і антродуоденальної координації;
- дуодено-гастральний рефлюкс;
- порушення акомодатії шлунка (здатності проксимального відділу до розслаблення);
- підвищена чутливість рецепторного апарату стінок шлунка до розтягування (вісцеральна гіперчутливість);
- порушення нейроендокринної регуляції - горманально активні поліпептиди (субстанція Р, холецистокінін, серотонін, простагландини та ін.) впливають на клітинні рецептори і на симптоми болю, диспепсичні прояви і психічну дезадаптацію.
- генетичні фактори і вплив зовнішнього середовища можуть приводити до порушення психосоціального статусу і в зв'язку з цим викликати функціональні гастроінтестинальні розлади
- генетичні фактори і вплив зовнішнього середовища можуть приводити до порушення психосоціального статусу і в зв'язку з цим викликати функціональні гастроінтестинальні розлади.
- інфекція *H. pylori* в осіб без видимих морфологічних ознак гастриту (доведено, що *H. pylori* послаблює моторику шлунку, яка виникає за участю цитокінів - IL-11, IL-6, IL-8, TNF-α).

Класифікація

Типи ФД:

- а) виразкоподібна диспепсія;
- б) дискінетична (дисмоторна) диспепсія;
- в) неспецифічна диспепсія.

Клінічна картина

1. Загальні неврологічні прояви - безсоння, мігрень, роздратованість, поганий настрій.
2. Спеціальні, які залежать від варіанту диспепсії:

Виразкоподібна диспепсія - в клінічній картині переважають болі в епігастрії, що виникають натщесерце і вночі і купіруються після прийому їжі та антацидів.

Дискінетична (дисмоторна) диспепсія. Основні скарги: раннє насичення і відчуття переповнення в епігастрії після їжі, нудота, відчуття дискомфорту і здуття в епігастрії, що посилюються після їжі.

Неспецифічна диспепсія - в клініці присутні симптоми виразко подібного і дискінетичного варіантів диспепсії.

Діагностичні критерії ФД згідно Римський критерій IV:

> 1 з наступних симптомів:

1. Турбує почуття переповнення після їжі;
2. Набридливе відчуття раннього насичення;
3. Тривожна біль в епігастрії, а також: відсутність доказів наявності структурної патології (в тому числі при проведенні верхньої ендоскопії - ФЕГДС), яка дозволить пояснити існуючі симптоми.

Діагностичні критерії ПДС:

> 1 з наступних симптомів, по меншій мірі, 3 рази на тиждень:

1. Турбує відчуття переповнення після їжі, яке впливає на повсякденну активність.
2. Набридливе відчуття раннього насичення (що включає нездатність з'їсти звичайний обсяг їжі) а також: відсутність доказів наявності органічних, системних і метаболічних захворювань, які дозволяють пояснити симптоми при проведенні традиційних діагностичних тестів, що включають ФЕГДС.

Допоміжні ознаки:

1. Епігастральна біль або печіння після їжі, здуття в епігастрії, відрижка і нудота.
2. Персистуюча блювота передбачає наявність інших розладів.
3. Печія НЕ є диспепсичним симптомом, але часто може супроводжувати ПДС.
4. Симптоми, які зменшуються після акту дефекації або відходження газів, не повинні розглядатися як такі, що належать до ознак диспепсії.

Діагностичні критерії ЕБС:

> 1 з наступних симптомів, щонайменше, 1 раз на тиждень:

1. Тривожна епігастральна біль (що знижує повсякденну активність) і/або:
2. Турбує відчуття печіння в епігастрії (яке впливає на повсякденну активність), а також відсутність доказів наявності органічних, системних і метаболічних захворювань, які дозволяють пояснити симптоми при проведенні традиційних діагностичних тестів, що включають ФЕГДС.

Допоміжні ознаки:

1. Біль може бути індукована їжею, її вираженість може зменшуватися під час їжі або відзначається протягом усього періоду прийому їжі.
2. Може відзначатися постпрандіальне здуття в епігастрії, відрижка, нудота.
3. Персистуюча блювота передбачає наявність інших розладів.
4. Печія не є диспепсичним симптомом, хоча часто присутня.
5. Болі, що не відповідають критеріям функціонального біліарного болю.
6. Симптоми, які зменшуються після дефекації або відходження газів, не розглядаються як частину диспепсії.
7. Симптоми, характерні для ГЕРХ або синдрому подразненого кишечника, часто можуть супроводжувати ПДС.

Виявлення симптомів тривоги (alarm symptoms) або "червоних прапорів" (red flags) виключає діагноз ФД і вимагає проведення ретельного діагностичного пошуку з метою виявлення більш серйозного органічного захворювання :

- немотивована втрата маси тіла;
- лихоманка ;
- кров у калі;
- лейкоцитоз ;
- постійний абдомінальний больовий синдром;
- чіткі ознаки органічної позашлункової патології;
- анемія, прискорене ШОЕ;
- початок в похилому віці;
- зміни в біохімічному аналізі крові.

Обстеження пацієнтів з недослідженою диспепсією.

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

1. Зібрати клінічні докази того, що ці відчуття виникають в верхній ділянці ШКТ.

2. Виключити симптоми тривоги (незрозуміле схуднення, повторна блювота, прогресуюча дисфагія, гастроінтестинальна кровотеча), які не часто зустрічаються в медичній практиці і не є нечітким предиктором органічного ураження, але в разі їх наявності провести додаткове обстеження для уникнення серйозної патології.

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

4. При наявності типових симптомів рефлюксу треба перш за все виключити ГЕРХ . Терапевт повинен емпірично призначити інгібітор протонної помпи (ППІ) пацієнту, який скаржиться на печію, але при цьому взяти до уваги, що ці ліки можуть бути менш ефективні при ФД без печії. Якщо прояви ПДС або ЕБС не зменшуються на тлі адекватного лікування ППІ , захворювання навряд чи можна пояснити ГЕРХ.

5. Неінвазивне тестування інфекції *H. pylori* і її ерадикація (метод "test and treat") - економічно доцільна стратегія, яка дає можливість зменшити потребу в ендоскопії. Цю стратегію можна запропонувати тим хворим, які не мають симптомів тривоги.

6. Метод "test and treat", рекомендований як стратегічний, може сприяти лікуванню більшості хворих з пептичною хворобою і запобігти розвитку гастродуоденальної патології у майбутньому, хоча більшість інфікованих пацієнтів з ФД не помічають поліпшення самопочуття після успішної ерадикації . В такому випадку наступним логічним кроком буде призначення ППІ.

7. В **Римських критеріях IV** пороговий вік пацієнта для проведення ендоскопії в разі диспепсії без тривожних симптомів не вказано. "Стратегія test and treat" виправдана в регіонах з високим інфікуванням *H. pylori*. Захворюваність на рак шлунка в країнах Східно-європейського регіону в кілька разів вище, ніж в США і країнах Західної Європи, а достовірна неінвазивна діагностика (дихальний тест з сечовиною, міченої¹³С, визначення *H. pylori* методом імуноферментного аналізу в калі) використовується нечасто. Ваптість ендоскопії в кілька разів менше, ніж в зазначених країнах. Тому в практиці при наявності диспептичного синдрому доцільно запланувати ФЕГДС. Такі Рекондації є обов'язковими і повинні бути дотримані не з 45 -55 років, як в західних країнах, а з віку 40-45 років. Рекомендовано біопсію ввести в обов'язкову практику в процесі проведення ендоскопії і з метою діагностики інфекції *H. pylori*. Всім інфікованим рекомендовано проводити ерадикацію *H. pylori*.

Визначення наявності інфекції *H. pylori*

Інфекцію *H. pylori* можна виявити за допомогою інвазивних і неінвазивних методів.

Інвазивні методи : Для здійснення інвазивних досліджень необхідна ендоскопія:

♣ Гістологічне дослідження. Має високі показники чутливості і специфічності. Потрібно взяття біопсії. У разі атрофічного гастриту можуть знадобитися численні зразки для встановлення діагнозу.

♣ Швидкий уреазний тест. Простий метод, який має високі показники чутливості і специфічності. В даний час вважається тестом вибору для діагностики інфекції *H. pylori* у тих пацієнтів, яким проводиться ендоскопія, за винятком тих випадків, коли є підозра на кровоточить виразку. При такому підозрі чутливість знижується і, якщо результат негативний, потрібно підтвердити його неінвазивними методами (С¹³-сечовинний дихальний тест).

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

Неінвазивні методи:

♣ Для їх виконання не потрібно проводити ендоскопію.

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

♣ Серологія. Метод полягає у виявленні в крові специфічного імуноглобуліну G (Ig G). Метод не підходить для підтвердження ерадикації інфекції *H. pylori*. Ця методика має високу чутливість, але низьку специфічність. У метааналізі продемонстровано, що є невеликі

відмінності чутливості і специфічності різних комерційних препаратів, тому слід використовувати тільки тести, апробовані в тій популяції, де вони будуть застосовуватися.

♣ Виявлення антигенів в калі. Дана методика полягає у виявленні антигенів *H. pylori* у калі пацієнта. Для попередньої діагностики наявності *H. pylori* у пацієнтів рекомендується провести C^{13} -сечовинний дихальний тест або каловий антигенний тест. Застосування менш точних серологічних тестів в клінічних умовах також можливе в рамках стратегії, яка передбачає неінвазивне тестування та лікування. Для визначення ефективності ерадикації бактерії *H. pylori* рекомендується провести C^{13} -мочевинний дихальний тест. C^{13} -мочевинний дихальний тест не рекомендується проводити протягом двох тижнів після застосування ППП, а також протягом чотирьох тижнів після антибіотикотерапії, тому що існує ймовірність отримання хибно-негативних результатів.

♣ Ультрасонографія, рентгенологічне дослідження гастродуоденальної зони, сцинтиграфія НЕ рекомендовані в якості обов'язкового дослідження, так як їхні результати не впливають на лікування пацієнта.

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

Фізикальні методи дослідження

• опитування - виявлення диспепсичних скарг, вказівка в анамнезі життя на наявність психотравмуючих ситуацій, шкідливих звичок; • огляд - істотного діагностичного значення не має. **Лабораторні обстеження.** Обов'язкові: • загальний аналіз крові і; • загальний аналіз сечі; • цукор крові; • аналіз калу на приховану кров. При наявності показань: • коагулограма; • рівень заліза в сироватці крові. • Інструментальні і інші методи діагностики. **Обов'язкові:** • ФЕГДС шлунка і ДПК - для виключення рефлюкс-езофагіту, ВХ, пухлини шлунка; • УЗД органів травлення - для виключення панкреатиту і ЖКХ; • індикація *H. pylori* - для проведення ерадикаційної терапії; • ЕКГ. При наявності показань: • хромоендоскопія шлунка - для виключення дисплазії слизової оболонки стравоходу і шлунка; • рентгеноскопія шлунка і ДПК - для виключення органічних уражень останніх, виявлення гастропареза; • інтрагастральна рН-метрія стравоходу і шлунка - для виключення ГЕРХ; • біопсія слизової оболонки шлунка - для уточнення діагнозу. Консультації фахівців. Обов'язкові: • невропатолога – з метою призначення етіопатогенетичної терапії; • фізіотерапевта - для вибору необхідного фізіотерапевтичного лікування. При наявності показань: • психіатра.

Диференціальний діагноз.

Виявлення у пацієнта «симптомів тривоги» або «червоних прапорів», до яких належать: дисфагія, блювота з домішкою крові, лихоманка, невмотивоване схуднення, анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, ставить під сумнів діагноз функціональної диспепсії.

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

Для функціональних захворювань характерні хвилюподібний перебіг, зменшення кількості скарг і навіть зникнення їх під час відпочинку, наявність тієї чи іншої форми неврозу, вегетативної дисфункції, гіпоталамічних реакцій, які виявляються часто скаргами при порушенні функції органів травлення: шлунково-стравохідний рефлюкс, спазм стравоходу, анорексія, блювота, гикавка, гучна відрижка повітрям, біль в животі.

Нервово-психічна анорексія. Серед хворих переважають особи жіночої статі у віці 12-25 років. У дівчат виникає "страх огрядності", бажання схуднути. Вони починають різко обмежувати прийом їжі, або споживають нормальне кількість їжі, але при цьому вони штучно викликають блювоту або ставлять клізму - це призводить до зменшення маси тіла на 25% і більше. Для встановлення діагнозу необхідно виключити органічні захворювання, які спричиняють втрату апетиту і значне зменшення маси тіла (злоякісні пухлини, хронічну ниркову недостатність, хвороба Симмондса - гіпоталамо-гіпофізарну кахексію).

Рефлюксна хвороба - результат первинного порушення функції дистального сфінктера стравоходу, внаслідок чого виникає часте закидання шлункового вмісту в стравохід, який призводить до виникнення езофагіту і інших патологічних змін.

Від рефлюксної хвороби слід відрізняти вторинний патологічний шлунково-стравохідний рефлюкс, який спостерігається при ковзній грижі стравохідного отвору діафрагми, виразкової хвороби, після операцій на шлунку при раку стравоходу, склеродермії.

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

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

Аерофагія (нервова відрижка, шлунковий пневматоз) виникає при ковтанні надмірної кількості повітря під час вживання їжі. Надмірне проковтування повітря можливо в разі підвищеного утворення слини. Цьому сприяють гикавка, споживання їжі без прожовування, плямкання, питво через соломинку, жування гумки, куріння цигарок, сухість у роті, яка спостерігається при диханні ротом, хвилювання, лікування холінолітичними засобами. Проникнення повітря в шлунок сприяє порушенню функції сфінктера дистального відділу стравоходу, кардіального отвору шлунку, який найчастіше виникає при шлунково-стравоходу рефлюксі, грижі стравохідного отвору діафрагми, алкоголізмі. Проковтування надмірної кількості повітря і тривала відрижка призводять до розтягування сфінктера стравоходу, його поступового послаблення, яке призводить до посилення або навіть виникнення рефлюксу, а згодом і діафрагмальної грижі. До основних симптомів аерофагії відносять: відсутність тиску у верхній частині живота і гучна відрижка повітрям, яка виникає або самотійно після споживання їжі, або її викликає хворий, щоб позбутися шлункового дискомфорту. Внаслідок надходження в шлунок великої кількості повітря газовий міхур його збільшується в 2-3 рази, що служить причиною високого стояння купола діафрагми, при цьому можуть з'явитися гикавка, колючий або пекучий біль в лівому підребер'ї, який поширюється в область серця, а також серцебиття, екстрасистолія. При рентгенологічному дослідженні встановлюють існування великого газового міхура шлунка, часто функціонального його каскада, згодом і діафрагмальної грижі.

Синдром подразненого шлунка (функціональний розлад шлунка, невроз шлунка) характеризується наявністю шлункової диспепсії або хворобливості в ділянці шлунка без анатомічних змін в слизовій оболонці (15-43% хворих з шлунковими скаргами). Виникнення його обумовлюється різкими змінами умов життя і харчування, нервово-психічним перенапруженням, неврозом, курінням, зловживанням алкоголем. Хворі скаргуються на біль в надчеревній області, частіше тупа, не пов'язана з прийомом їжі. Щодо часто спостерігається блювота кислим вмістом або невеликою кількістю їжі. Найхарактернішими проявами є різкі коливання кількості та кислотності шлункового соку, виявлені при повторних дослідженнях через кілька місяців і навіть тижнів. Евакуаторна функція шлунка може бути як уповільненою, так і прискореною.

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

Лікування ФД проводиться комплексно і має максимально охоплювати весь спектр патогенетичних розладів, характерних для цієї хвороби. Воно включає режим харчування,

лікування невротичних розладів і медикаментозну терапію спрямовану на нормалізацію функціонального стану шлунка і ДПК.

Режим харчування передбачає 6-кратний прийом їжі через рівні проміжки протягом дня з поступовим зменшенням обсягу кожного прийому їжі, але зі збереженням енергоємності раціону. Можлива заміна окремих прийомів їжі вживанням слабомінералізованої лужної води («Лужанська», «Поляна Квасова» та інші), обов'язково дегазованої і теплою або кімнатної температури. Страви готують протертими до пюреподібного стану на пару, у вареному або запіканні. Виключити з раціону продукти і страви, які за даними хворого викликають диспепсію, обмежити гострі приправи і спеції, наваристі бульйони, жирну їжу, каву, алкоголь. Звертають увагу хворих на необхідність нормалізації способу життя (відмова від шкідливих звичок, запобігання стресових ситуацій, негативних емоцій, нервових перевантажень і т.п.) Значна увага приділяється лікуванню невротичних розладів. У лікуванні застосовуються антидепресанти або інші медикаментозні засоби відповідно до характеру невротичного розладу.

Загальні принципи лікування ФД:

- індивідуальний підхід до хворого з урахуванням виду диспепсії ;
- стаціонарне лікування - не показано ;
- амбулаторне - повторні курси лікування при необхідності, довготривала.
- диференційоване призначення антацидів, блокаторів протонної помпи, H₂-блокаторів рецепторів, селективних мускариноподібних M1-рецепторів, прокінетиків, сукральфата, препаратів вісмуту, антибіотиків, метранидазолу і ін.

Згідно з **Римськими критеріями IV**, фармакотерапія ФД включає:

Препарати першої лінії :

1. Прокінетики (метоклопрамід (церукал) 30-60 мг на добу за 30 хв. до їжі або домперідон (мотиліум) по 10 мг 1 табл. 3 рази на добу всередину за 15-20 хвилин до їди. Ітопрід, пруклопруд).
2. ІПП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол у відповідних дозах).
3. Прокінетик + ІПП.

Препарати другої-третьої лінії :

- 1) антидепресанти: - трициклічні (амітриптилін 25 мг 2 рази на добу); - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (пароксетин);
- 2) інші психотропні засоби: нейрорептик, що застосовується, в тому числі, в гастроентерології через прокінетичні властивості (левосульпірид);
- 3) фундальні релаксанти (акотіамід, буспірон, суматриптан);
- 4) блокатори H1-рецепторів (монтелукаст);
- 5) при діагностиці *Helicobacter pylori* - проведення ерадикаційної терапії;
- 6) фітотерапія;
- 7) психотерапевтичні втручання.

Критерій ефективності лікування - симптоми хвороби відсутні або зменшилися їх інтенсивність.

Матеріали для самоконтролю:

Завдання і тести

1. Поняття "гастроезофагеальна рефлюксна хвороба" включає в себе наступні стани, окрім:
 - а) недостатність кардії;
 - б) гастроезофагеальний рефлюкс;
 - в) ахалазія кардії;
 - г) хронічний езофагіт.
2. Діагностичним критерієм гастроезофагеального рефлюксу НЕ є:
 - а) зниження тиску в ділянці НСС;
 - б) закид бар'ю з шлунку в стравохід при рентгенологічному дослідженні;
 - в) грижа стравохідного отвору діафрагми;
 - г) дифузний спазм дистального відділу стравоходу ендоскопічно, рентгенологічно.
3. Клінічний симптом, не властивий ахалазії кардії:
 - а) дисфагія;
 - б) печія;

- в) регургітація;
- г) загродинний біль.

4. Основні клінічні симптомами рефлюкс-езофагіту наступні, окрім:

- а) загродинний біль;
- б) підвищена спрага;
- в) відрижка їжею, кислим або повітрям;
- г) печія.

5. Препарат, що не є прокінетиком :

- а) церукал;
- б) бускопан;
- в) мотиііум;
- г) цизаприд.

6. При хронічному езофагіті не призначаються:

- а) прокінетики і блокатори H_2 -гістамінорецепторів;
- б) прокінетики і інгібітори протонної помпи;
- в) прокінетики і антациди;
- г) прокінетики і холінолітики.

7. Хвора, 24 років, скаржиться на біль в грудній клітці під час сну, яка зрідка супроводжується печією. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?

- а) езофагогастродуоденоскопія
- б) рН-метрія
- в) ЕКГ
- г) рентгеноскопія шлунка

д) ультразвукове дослідження

8. Хворий, 35 років, скаржиться на печію, відрижку повітрям і кислим, тиснучі болі за грудиною, по ходу стравоходу, що виникають при нахилах тулуба вперед. Не обстежувався, самостійно приймає альмагель, після якого відзначає поліпшення самопочуття. Встановіть попередній діагноз:

- а) функціональна диспепсія
- б) кардіоспазм
- в) виразкова хвороба шлунка
- г) виразкова хвороба 12-палої кишки
- д) гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

9. Чоловік, 29-ти років, скаржиться на щоденну печію, що виникає після їжі, при нахилах вперед, в положенні лежачи, відрижку кислим, покашлювання. Зазначені скарги турбують протягом 4-х років. Об'єктивний статус і лабораторні показники в нормі. При ФЕГДС виявлено катаральний езофагіт. Провідним у виникненні даного захворювання є:

- а) гіпергастрінемія
- б) гіперсекреція соляної кислоти
- в) дуоденогастральний рефлюкс
- г) недостатність НСС

10. Хвора, 21 роки, вагітна (вагітність 30 тижнів) скаржиться на постійну печію, відрижку.

До вагітності не хворіла. Ознаками якого захворювання можуть бути обумовлені дані прояви у хворого?

- а) зниженням функції антирефлюксного бар'єру
- б) зниженням кліренсу стравоходу
- в) підвищенням внутрішньочеревного тиску
- г) порушенням випорожнення шлунка
- е) нездатністю слизової оболонки стравоходу протистояти дії шлункового вмісту, який закидається в стравохід

11. Хворому, 30 років, який знаходиться на обстеженні та лікуванні в гастроентерологічному відділенні, встановлений діагноз ГЕРХ. Комбінація яких груп препаратів найбільш ефективна для лікування?

- а) інгібітори протонної помпи + прокінетики
- б) анальгетики + антациди
- в) антибактеріальні препарати + інгібітори протонної помпи
- г) гепатопротекторні препарати + блокатори H₂-рецепторів гістаміну
- е) спазмолітики + антациди

Еталони відповідей : 1 - в, 2 - г, 3 - б, 4 - б, 5 - б, 6 - г, 7 - а, 8 - д, 9 - г, 10 – в, 11 – а.

Матеріали для самоконтролю

Завдання для самоконтролю

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

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

2. Що не відноситься до симптомів тривоги?

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

3. Який біль найбільш характерна для пацієнта з диспепсією ?

- а) пов'язаний з актом дефекації
- б) пов'язаний з фізичною або емоційною напругою
- с) виникає при поворотах і нахилах тулуба
- д) посилюється при глибокому диханні
- е) голодний, зменшується після прийому їжі

4. Хворий, 31 роки, скаржиться на інтенсивний біль під мечовидним відростком, який посилюється після емоційної напруги, не проходить після їжі. Про яке захворювання можна думати в першу чергу?

- а) функціональної диспепсії
- б) виразка шлунка
- в) хронічному гастриті типу А
- г) ГЕРХ
- д) хронічному гастриті типу В

5. Хвору, 36 років, протягом року турбують скарги на почуття дискомфорту, переполнення і здуття в епігастрії, нудоту, слабкість, швидку стомлюваність, серцебиття. При об'єктивному і лабораторному обстеженні відхилень від норми не виявлено. При ФЕГДС, УЗД органів черевної порожнини відхилень від норми не виявлено. Який найбільш ймовірний діагноз у цієї хворої?

- а) дисфункція сфінктера Одді
- б) гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба
- в) функціональна диспепсія, дісморфну варіант
- г) синдром подразненої товстої кишки
- д) невиразкова диспепсія, язвеноподібний варіант

6. Чоловік 20 років скаржиться на пекучий, стискаючий біль в епігастрії, печію, відрижку кислим. При пальпації болючість в епігастрії. ФГДС з морфологією біоптатів слизової оболонки патології не виявила. Призначення якого препарат а буде т найбільш ефективним ?

- а) метоклопраміда
- б) альмагеля
- в) де-нолу
- г) гастроцепіна

д) пантопразола

Відповіді : 1 - в , 2 - б ; 3 - е , 4 - а , 5 - в, 6 - д.

Література:

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 680с.
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --- К. : ВСВ «Медицина», 2019. - 584с.
3. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.1 / за ред. С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: В. Ждан, Л. Бабінець, Л. Пасієшвілі, В. Величко, Н. Михайловська. ---пер. 23-го англ вид. --- Київ : ВСВ "Медицина", 2020. --- 258 с.
4. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го вид.: у 3 т. Т.2 / за ред. К.В. Юрко --- Київ: ВСВ «Медицина», 2020. --- 257 с.
5. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ.вид.: у 3 т. Т.3 / за ред. С. Ралетона, Я. Пенмана, М. Стрекена, Р. Гобсона; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова, Р. Скрипник, Г.Кожина, Я. Кутасевич, М. Щербина, О. Абатуров, Л. Бабінець, І. Галайчук, Ю. Кобеляцький, Л. Ляповець. - К.: ВСВ «Медицина», 2021. - 642 с.
6. Захворювання жовчовивідних шляхів / под ред. проф. О.Я.Бабака, Н.М. Железнякової // Практикум лікаря. – Київ: «Доктор – Медіа – Груп», 2019. -63 с.
- Класифікації захворювань органів травлення: довідник / укладачі: Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна, Н. Б. Губергріц, О. Ю. Губська, А. Е. Дорофєєв, І. А. Зайцев, Т. Д. Звягінцева, Х. Б. Квіт, О. В. Колеснікова, І. А. Коруля, І. Я. Лопух, Н. О. Носко, А. М. Пілецький, І. М. Скрипник, Г. А. Соловійова, Ю. М. Степанов, С. М. Ткач, В. В. Харченко, М. Б. Щербиніна; за ред. чл.-кора НАМНУ, проф. Н. В. Харченко. – К.: МПБП «Гордон», 2022. – 72 с.
7. Медицина невідкладних станів екстрена (швидка) медична допомога / І.С. Зозуля, А.О. Волосовець, О.Г. Шекера та ін. ; за ред. І.С. Зозулі, А.О. Волосовця. — 5-е вид., переробл. і доповн. — К. : ВСВ «Медицина», 2023. — 560 с.
- 8.Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи:нормативні показники, трактування змін [Текст]: [довід.-посіб.] / за ред. проф. Ю. М. Мостового; Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова. - 28-ме вид. - Київ: Центр ДЗК, 2021. - 800 с. : іл.

Допоміжна:

- 1 . Анестезіологія та інтенсивна терапія: підручник / Ф.С. Глумчер, Л.П. Чепкий, Л.В. Усенко та ін.; за ред. Ф.С. Глумчера. - К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 352 с.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. Ю.М. Мостового. - 13-те вид., доп. - і перероб. Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2020. - 582 с.

Методичну розробку підготував

асистент Ігор ТРЕТЯК