

**Міністерство охорони здоров'я України  
Харківський національний медичний університет**

Кафедра Внутрішньої медицини №3  
Факультет VI по підготовці іноземних студентів

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

на засіданні кафедри внутрішньої медицини №3

«29» серпня 2016 р. протокол № 13

Зав. кафедри \_\_\_\_\_ д.мед.н., професор Л.В. Журавльова

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**

для самостійної роботи студентів

з дисципліни «Внутрішня медицина (в тому числі з ендокринологією)  
студенти 4 курсу I, II, III медичних факультетів, V та VI факультетів по підготовці  
іноземних студентів

**Гастроезофагіальна рефлексна хвороба. Диспепсія. Хронічні гастрити.**

Харків 2016

## Тема заняття «Гастроезофагіальна рефлексна хвороба. Диспепсія. Хронічні гастрити.»

1. Кількість годин - 5

### **Актуальність**

Актуальність проблеми гастроезофагіальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) стає в її великій розповсюдженості, наявності як типових, так і нетипових клінічних проявів, які утруднюють діагностику ГЕРХ, приводять до гіпердіагностики деяких захворювань, наприклад ІХС, погуршують перебіг бронхіальної астми, викликають важкі ускладнення, такі як стриктури стравоходу, кровотечі із виразок стравоходу і т. ін.

Розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення складає до 40%. Широкі епідеміологічні дослідження в країнах Західної Європи та США дослідження свідчать про те, що 40% осіб постійно (з різною частотою) страждають на печію – основний симптом ГЕРХ. В Росії розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення складає 40-60%, причому у 45-80% осіб з ГЕРХ знаходять езофагіт. Частота виникнення важкого езофагіту в загальній популяції складає 5 випадків на 100 000 населення на рік. Розповсюдженість стравоходу Баррета серед осіб з езофагітом наближається до 8% з коливаннями в діапазоні від 5 до 30%. В останні десятиріччя спостерігається значний ріст захворюваності на аденокарциному стравоходу (АКС) – зміна співвідношення «плоскоклітинний рак/аденокарцинома» з 9:1 до 8:2, частота її виявлення в теперішній час оцінюється як 6-8 нових випадків на 100 000 населення на рік. Частота АКС у пацієнтів зі стравоходом Баррета зростає до 800 випадків на 100 000 населення на рік.

Формування стриктур стравоходу відмічено у 7-23% хворих ерозивно-виразковим езофагітом, виникнення кровотеч – у 2%. Серед осіб, що старіші за 80 років із шлунково-кишкової кровотечами ерозії та виразки стравоходу були причиною в 21 % випадків, а серед пацієнтів відділень інтенсивної терапії, які перенесли операції – в 25% випадків.

**Функціональні розлади шлунка (функціональна диспепсія – ФД)** зустрічаються приблизно у 20 % населення., переважно в осіб молодше за 25 років та середнього віку, але може зустрічатися і у більш старшому віці. Класичними проявами гастродуоденальної дисфункції є диспепсія, яка включає такі симптоми, як: біль/печія в епігастрії, відчуття переповнення та раннього насичення після їжі, відрижка, печія, нудота, вздуття. Ці симптоми зустрічаються у 12-54% населення різних країн та є причиною 4-10% усіх звернень за медичною допомогою. Вважається, що в середньому диспепсія виникає у 20-40% дорослих мешканців різних країн, у зв'язку з чим вона являється одним з найбільш частих симптомокомплексів не тільки у гастроентерологічний та й у загально терапевтичній практиці.

**Хронічний гастрит (ХГ)** вражає більше 40-50% дорослого населення земної кулі. Розповсюдженість захворювання в багатьох випадках залежить від місця та умов проживання людей, що чітко пов'язано з інфікованістю *H. Pylori*.

У випадках, коли не проводилась гастробіопсія щодо підтвердження ХГ, за кордоном зазвичай використовують термін «невиразкова диспепсія», який об'єднує диспепсію функціонального генезу та диспепсію, яка обумовлена «запальними» змінами слизової оболонки.

### **Навчальні цілі:**

- навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми ГЕРХ;
- ознайомити студентів з фізикальними методами дослідження при ГЕРХ;
- ознайомити студентів з методами дослідження, які застосовуються для діагностики ГЕРХ; показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення; методиками їх виконання; діагностичною цінністю кожного з них;
- навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень;

- навчити студентів розпізнавати та діагностувати ускладнення при ГЕРХ;
- навчити студентів призначати лікування при ГЕРХ.
- навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми ФД та ХГ;
- ознайомити студентів з фізикальними методами дослідження при ФД та ХГ;
- ознайомити студентів з методами дослідження, які застосовуються для діагностики ФД та ХГ; показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення; методиками їх виконання; діагностичною цінністю кожного з них;
- навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень;
- навчити студентів розпізнавати та діагностувати ускладнення при ФД та ХГ;
- навчити студентів призначати лікування при ФД та ХГ

### **Що повинен знати студент?**

- частота зустрічаємості ГЕРХ;
- етіологічні фактори ГЕРХ;
- Патогенез ГЕРХ;
- основні клінічні синдроми при ГЕРХ;
- загальні та тривожні симптоми при ГЕРХ;
- фізикальні симптоми ГЕРХ;
- методи фізикального обстеження хворих на ГЕРХ;
- діагностика ГЕРХ;
- діагностичні можливості езофагогастроуденоскопії при ГЕРХ, показання, протипоказання;
- методика проведення інтрагастральної та інтраезофагіальної рН-метрії (в тому числі 24-годинна внутрішньостравохідна рН-метрія), клінічна оцінка результатів;
- рабепразоловий тест;
- рентгенологічні методи діагностики ГЕРХ;
- ускладнення при ГЕРХ, в т.ч. стравохід Баррета, аденокарцинома стравоходу;
- ведення хворих на стравохід Баррета;
- лікування ГЕРХ (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія, хірургічне лікування).
- частота зустрічаємості ФД та ХГ;
- етіологічні фактори ФД та ХГ;
- патогенез ФД та ХГ;
- основні клінічні синдроми при ФД та ХГ;
- загальні та тривожні симптоми при ФД та ХГ;
- фізикальні симптоми ФД та ХГ;
- методи фізикального обстеження хворих на ФД та ХГ;
- діагностику ФД та ХГ;
- діагностичні можливості езофагогастроуденоскопії при ФД та ХГ, показання, протипоказання;
- морфологічні дослідження слизової оболонки шлунка при ФД та ХГ;
- методика проведення інтрагастральної рН-метрії, клінічна оцінка результатів;
- методи діагностики Н. Pylogy;
- рентгенологічні методи діагностики ФД та ХГ;
- ускладнення при ФД та ХГ;
- лікування ФД та ХГ (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія).

### **Що студент повинен вміти?**

- видаляти основні клінічні та фізикальні синдроми при ГЕРХ, ФД та ХГ;
- інтерпритувати результати біохімічних та імуноферментних досліджень;
- інтерпритувати дані езофагогастроуденоскопії;

- інтерпритувати дані інтрагастральної рН-метрії;
- інтепритувати дані рентгенологічних методів діагностики;
- оцінити відповідність конкретного пацієнта критеріям успішної пероральної антихелікобактерної терапії;
- призначати схему лікування хворим на ГЕРХ, ФД та ХГ.

### **Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти**

- обстеження живота;
- огляд живота;
- поверхнева пальпація живота;
- глибока методична ковзна пальпація органів черевної порожнини за Образцовим-Стражеском;
- симптоми подразнення черевини;
- огляд шкіри та слизових оболонок;

### **Зміст теми:**

ГЕРХ – це комплекс характерних симптомів з наявністю запальних змін дистальної частини стравоходу внаслідок закиду до стравоходу, що повторюється, шлункового та/або дуоденального вмісту; шлунково-стравохідний рефлюкс без супутнього запалення стравоходу також входить як складова частина ГЕРХ.

Необхідно відрізнити та правильно використовувати поняття “ерозивна ГЕРХ” та “неерозивна ГЕРХ). У першому випадку рефлюкс-езофагіт привожить до появи ерозій на слизовій поверхні стравоходу, а в іншому – ендоскопічні вияви езофагіту відсутні або є катаральний рефлюкс-езофагіт.

Таким чином неерозивна рефлюксна хвороба (НЕРХ) може бути як фазою ГЕРХ, так і однією із форм ГЕРХ. У цілому, розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення складає 40-60%, де особи з НЕРХ складають більше 60%. У патогенезі НЕРХ важливу роль відіграють особливості слизової стравоходу.

#### **Етіопатогенез**

За сучасними поглядами ГЕРХ розглядають як захворювання з первинним порушенням моторної функції стравоходу та шлунка. Основне значення в розвитку ГЕРХ має зменшення антрирефлюксного бар'єру, тонуса нижнього стравохідного сфінктера, збільшення числа епізодів послаблення нижнього сфінктера стравоходу, зниження стравохідного кліренса – здібності до самоочищення від шлункового рефлюктата, підвищення внутрішньошлункового тиску.

Додатковими факторами, що сприяють розвитку ГЕРХ, є агресивні фактори шлункового вмісту (хлористоводнева кислота, пепсин, жовчні кислоти, в меншому ступені - панкреатичні ферменти, такі як трипсин, фосфоліпаза А-2) на фоні зниження резистентності епітелія стравоходу.

До чинників, які сприяють розвитку ГЕРХ слід віднести послаблення моторної функції шлунка, аж до гастропареза, зниження продукції слини (хвороба Шегрена), порушення холінергічної інервації стравоходу.

Певну роль в розвитку ГЕРХ відіграє мікроорганізм *Helicobacter pylori*, присутність якого в слизовій оболонці кардіального відділу шлунка негативно впливає на перебіг рефлюкс езофагіта.

До чинників розвитку ГЕРХ також відносять діафрагмальну килу, пептичну виразку шлунка та 12-палої кишки, функціональну шлункову диспепсію.

Крім того напої, що вмістять кофеїн – кофе, чай, какао, кока-кола, пепсі-кола, цитрусові соки; цитруси – померанч, лимон, грейпфрут, цитрони; алкоголь, молоко, томати та продукти, які приготовлені з них; хрон, часник, лук, перець та інші спеції сприяють кислотоутворенню в шлунку та знижують тонус нижнього сфінктера стравоходу

До основних факторів ризику ГЕРХ відносяться:

- стрес,
- поза (тривалі нахили тулуба),
- ожиріння,
- вагітність,
- паління,
- діафрагмальна грижа,
- ліки (антагоністи кальцію, бета-блокатори, антихолінергічні засоби),

Захисні механізми проти кислотно-пептичного фактора:

- рухівна активність стравоходу,
- салівація,
- резистентність стравохідного епітелію.

Крім епітеліального фактора в захисті стравоходу приймає участь мікроциркуляція.

Ерозії та виразки стравоходу, які виникають при повторних епізодах кислого рефлюксу, сприяють клітинним некрозам без адекватної епітеліальної репарації. Кінцевим результатом цього процесу може бути заміщення плоского багат шарового епітелію слизової оболонки дистального відділу стравоходу циліндричним шлунковим або кишковим епітелієм. Це є основою для верифікації діагнозу стравоходу Баррета.

### **Клініка**

Характерні симптоми захворювання:

- печія;
- гострий біль в гортані;
- гикалка кисла та повітрям;
- зригування;
- болісне або утруднене проходження страви по стравоходу;
- кислий або солоний присмак у роті;
- біль в епігастрії.

Ці симптоми виникають через 15-30 хвилин після їжі та провокуються продуктами, які стимулюють синтез кислоти та жовчі (жарена, гостра їжа, кислі соки, алкоголь, особливо сухим вином, газованими – кока-кола, фанта – та іншими напоями – кофе, шоколад, какао; використанням яєць всм'ятку та ін.

Рідше спостерігаються віррижка їжею, зригування кислотою, жовчю, нудота, дисфагія, блювання, відчуття «грудки» за грудиною.

Усі це значно погіршує якість життя пацієнтів, знижує їх ефективну працездатність.

*Позастравохідні прояви рефлюксної хвороби –*

- біль у грудній клітині;
- кашель (особливо нічний);
- напади ядухи;
- осиплість голосу;
- рецидивуючі пневмонії;
- хронічний бронхіт з астматичним компонентом;
- ретростернальний біль та біль в прекардіальній ділянці за типом стенокардії (треба диференціювати з ІХС);
- аритмії серця;
- карієс зубів –

часто спостерігаються при НЕРХ.

Ці скарги провокуються фізичним навантаженням, нахилами тулуба, переповненням шлунка рідкою, жирною, плотною та сладкою їжею, алкоголем та посилюються в нічний час.

*Дані при фізикальному огляді хворим :*

- сухість ротової порожнини (ксеростомія);
- гіпертрофіровані грибоподібні сосочки язика;

- іноді лівий чи правий френікус-симптоми (виражені при ларингіті та поєднуються з осиплістю голоса);
- при наявності позастравохідних проявів може бути: в легенях сухі, вологі, середньо- та дрібнопухирчасті хрипи, альвеолярна крепітація – при ураженні органів дихання; порушення частоти, ритму серця;

### **Діагностика**

Основним, так званим «золотим» стандартом діагностики ГЕРХ залишається ендоскопічний метод дослідження, новим – вирахування часу закислення нижньої третини стравоходу при цілодобовому моніторингу рН в стравоході

Методи інструментальної діагностики ГЕРХ та стравоходу Баррета:

- ендоскопічне дослідження;
- морфологічне дослідження;
- 24-годинна рН-метрія;
- хромоендоскопія;
- рентгенологічне дослідження наявності зворотнього затікання (закиду) контрасту в стравохід або діафрагмальна грижа при дослідженні хворого в горизонтальному положенні;
- манометричне дослідження (визначається тиск в дистальному відділі стравохода з використанням провокаційної проби – компресія живота. В нормі тиск в дистальному відділі стравоходу на 20-50% вище ніж в шлунку і складає 11-19 мм рт.ст, а при недостатності нижнього сфінктера майже не відрізняється від шлунка).
- тест Бернштейна;
- рабепразоловий тест.

**Згідно з останніми рекомендаціями, зараз прийнято використовувати лос-анжелівську класифікацію (1998) рефлюкс-езофагітів, що заснована на ендоскопічних критеріях, що характеризують зміни слизової оболонки стравоходу:**

Ступінь А – запальні зміни в слизовій обмежені в межах складки, до 5 мм;

Ступінь В – зміни в слизовій оболонці більше за 5 мм, які розповсюджуються на 2 складки;

Ступінь С - зміни в слизовій оболонці розповсюджуються на декілька складок, але не циркулярні;

Ступінь D – поширені запальні зміни в слизовій оболонці, які розповсюджуються більше ніж на 75% окружності.

### **Диференційний діагноз**

- b Пухлини стравоходу
- b Езофагоспазм
- b Пептичні стриктури стравоходу
- b Грижі стравохідного отвору діафрагми
- b Дифертикули стравоходу
- b Ахалазія кардії
- b Склеродермія
- b ІХС, аневризма аорти
- b Медастінальна аденопатія (захворювання крові, метастази та ін.)
- b Постхірургічні зміни (хірургічні втручання на шлунку, стравоході)

### **Робоча класифікація ГЕРХ (Дегтярьова І.І., 2000):**

I ступінь: - клінічні прояви ГЕРХ (наявність або відсутність),

- відсутність катарального запалення або еритема дистального відділу стравоходу;

- цілодобовий час закислення нижньої третини стравоходу збільшується до 15-30 хвилин

II ступінь: - клінічні прояви ГЕРХ (у частини хворих можуть бути відсутніми),

- ерозії дистального відділу стравоходу, що не зливаються та не захватують більшу його частину;
- цілодобовий час закислення нижньої третини стравоходу збільшується до 30-40 хвилин
- III ступінь: - виражені клінічні прояви ГЕРХ,
- ерозії дистального відділу стравоходу, що зливаються та захватують більшу його частину;
- цілодобовий час закислення нижньої третини стравоходу збільшується до 60 хвилин
- IV ступінь: - виражені клінічні прояви ГЕРХ,
- ерозії дистального відділу стравоходу, що зливаються та захватують всю його поверхню;
- цілодобовий час закислення нижньої третини стравоходу збільшується до 60 хвилин та більше на добу;
- У ступінь: - виражені клінічні прояви ГЕРХ,
- хронічна виразка та стеноз стравоходу,
- геморагічні ускладнення, стравохід Баррета;
- цілодобовий час закислення нижньої третини стравоходу збільшується до 60 хвилин та більше на добу;

#### **Ускладнення ГЕРХ:**

- стриктури стравоходу;
- кровотеча з виразок стравоходу.

Крім цього може розвинутиь таке ускладнення ГЕРХ як стравохід Баррета - поява метаплазованого епітелію в слизовій оболонці дистального відділу стравоходу (циліндричний епітелій шлунка або, рідше, кишечника) внаслідок додаткового ураження захисних факторів слизової оболонки стравохода та проліферації її підслизового шару – потенційно передраковий стан. До факторів, що сприяють виникненню стравоходу Баррета, відносять гіперсекрецію хлористоводневої кислоти, наявність жовчі в шлунковому вмісті, яка є складовою частиною стравохідного рефлюкату. Розповсюдженість стравоходу Баррета серед осіб з езофагітом наближається до 8% (5-30%). Аденокарцинома стравоходу в 40% випадків асоціюється зі стравоходом Баррета.

Основний метод діагностики – ФГДС з гістологічним дослідженням біоптату. Біоптати необхідно брати із 4-х квадрантів, починаючи з гастроєзофагального з'єднання і проксимально кожні 1-2 см.

Імуногістохімічне дослідження виявляє в змінній слизовій сукразуізомальтазу – специфічний маркер епітелія Баррета.

#### **Лікування.**

Зміну способу життя слід вважати обов'язковою передумовою ефективного лікування більшості пацієнтів. В першу чергу необхідно нормалізувати масу тіла, виключити паління та вживання алкоголю. Необхідно уникати фізичного навантаження (часті нахили, підняття нижніх кінцівок та ін.). Харчування повинно бути дрібним, у визначені години, останній прийом їжі – не пізніше 20.00 (за 3-4 години до сну). Спати з припіднятим головним кінцем. Виключити продукти що стимулюють кислотоутворення та знижують тонус нижнього стравохідного сфінктера. Обмеження використання рідини на протязі дня та під час кожної їжі. Зменшити об'єм перших страв.

Основною задачею лікування ГЕРХ є зменшення часу контакту кислоти зі слизовою стравоходу. Чим інтенсивніша антисекреторна дія, тим ефективніше лікування, тому інгібітори протонної помпи (ІПП) є препаратами вибору при лікуванні ГЕРХ. Для вибору дози і режиму прийому ІПП мають суттєве значення попередня стадія езофагіту, час, протягом якого рН в стравоході менше за 4, наявність грижі стравохідного отвору діафрагми, індекс маси тіла, паління, а також виконання рекомендацій лікаря пацієнтом.

ІППІ ПАРІЄТ (рабепразол) швидше ніж інші ІППІ купірує симптоми, забезпечує оптимальний рівень рН вдень і вночі, має найбільш сильну антисекреторну дію, демонструє найкращий профіль безпеки, є ефективним засобом для лікування всіх форм ГЕРХ, що робить його “золотим” стандартом лікування цієї хвороби.

Прокінетики приводять до відновлення нормального фізіологічного стану стравоходу:

- підвищують тонус нижнього стравохідного сфінктера;
- посилюють перистальтику стравоходу і шлунка;
- поліпшують стравохідний кліренс.

Прокінетичний препарат МОТІЛУМ призначають в дозі 10 мг 4 рази на добу за 30 хвил. До їжі.

Антациди ефективні в лікуванні помірно виражених і рідко виникаючих симптомів. Антациди, що всмоктуються, слід приймати зразу після їжі; антациди, що не всмоктуються, - альмагель – слід приймати через 1,5-2 год. після їжі та безпосередньо перед сном.

ГЕРХ. Ерозивний езофагіт. Одичинні ерозії.	ГЕРХ. Ерозивний езофагіт. Множинні ерозії.	ГЕРХ: курс підтримуючого лікування після заживлення ерозій 26-52 тижні		НЕРХ.
Основний курс лікування 4 тижні	Основний курс лікування 8 тижнів	При наявності ускладнень	При неускладненому перебігу	Без вказівок на наявність ерозивного езофагіту в анамнезі
Парієт 20 мг або препарати омепразолової групи 40 мг або лансопразол 60 мг 1 раз на добу.			Парієт 10 мг або препарати омепразолової групи 20 мг або лансопразол 30 мг 1 раз на добу. Можливий прийом “за потребою” – тільки при виникненні печії.	

Найбільш ефективне медикаментозне лікування ГЕРХ – це поєднання ІППІ, прокінетиків та антацидів.

При лікуванні жовчного рефлюкса до комбінації ІППІ та прокінетиків необхідно додати великі дози обволікаючих препаратів.

Антирефлюксне хірургічне (ендоскопічне) лікування показане при ускладненому перебігу захворювання, а також при доведеній неефективності медикаментозної терапії.

Активний диспансерний нагляд хворих на стравохід Баррета необхідний та обґрунтований наявністю можливості попередження аденокарциноми стравоходу шляхом ранньої діагностики дисплазії епітелію, предракового стану, що потенційно виліковується.

#### Алгоритм лікування хворих на неерозивну рефлюксну хворобу (НЕРХ)\*

Скарги на печію		Анамнез вказівка на наявність ерозивного езофагіту	Статус хворого	Діагноз	Варіант лікування**	При неефективності - проведення ЕГДС	Підтримуюча терапія
Частота (раз на тиждень)	Тривалість (місяців)						
<2	<6		-	НЕРХ	Рабепразол 10 мг за вимогою (1-2 рази на тижд, але	ЕГДС: лікування ерозивного езофагіту (див.) або	Не має

					не рідше 1 разу) 4 тижня	Рабепразол 10 мг на день до 8 тижнів	
			ІМТ>30 та/або ГПОД	НЕРХ	Рабепразол 10 мг на день 4 тижня		
$\geq 2$	$< 6$		-	НЕРХ			
			ІМТ>30 та/або ГПОД	НЕРХ			
		1 стадії***		ГЕРХ			
$\geq 2$	$\geq 6$		Потреба ЕГДС до лікування				
$\geq 2$		2 стадії****					

- \* - лікування проводиться після виключення симптомів «тривогі»
- \*\* - лікування проводиться на тлі дотримання рекомендацій щодо зміни способу життя, Зміна способу життя представляє собою основу ефективного лікування більшості пацієнтів. В прешу чергу необхідно нормалізувати індекс маси тіла (ІМТ), виключити паління та вживання алкоголю
- \*\*\* - одиничні ерозії
- \*\*\*\* - множинні ерозії

### Алгоритм лікування хворих на ерозивну рефлюксну хворобу (ЕРХ)

Дані ЕГДС	Анамнез вказівка на наявність ерозивного езофагіту	Діагноз	Варіант лікування**	Контроль ЕГДС	Варіант лікування	Варіант підтримуючої терапії	Диспансерний нагляд
Незмінена слизова, катаральний езофагіт		НЕРХ	Див. лікування НЕРХ				По зверненню
Одиничні ерозії стравоходу	Ні	ГЕРХ. Ерозивний езофагіт 1 ст.	Рабепразол 20 мг на день 4 тижні	Не потрібно		Рабепразол 10 мг (1-2 рази на тиждень) 16-24 тижня	1 раз на рік
Одиничні ерозії стравоходу	Є	ГЕРХ. Ерозивний езофагіт 1 ст.	Рабепразол 20 мг на день 4 тижні	Незмінена слизова, катаральний езофагіт		Рабепразол 10 мг (1-2 рази на тиждень) 16-24 тижня	1 раз на рік
				Ерозивний езофагіт	Продовжити прийом рабепразолу 20 мг на день 4 тижні	Рабепразол 10 мг на день 8 тижнів + рабепразол 10 мг за потребою (1-2 рази на тиждень) 8-16 тижнів	1 раз на рік
Множинні ерозії стравоходу різної площі		ГЕРХ. Ерозивний езофагіт 2-3 ст.	Рабепразол 20 мг на день 8 тижні	Незмінена слизова, катаральний езофагіт		Рабепразол 10 мг на день 24 тижні	1 раз на рік
				Ерозивний езофагіт	Продовжити прийом рабепразолу 20 мг на день 4 тижні, додати прокінетики	Рабепразол 10-20 мг на день 24 тижні	2 рази на рік, включаючи ЕГДС

Множинні ерозії стравоходу різної площі та ускладнення (які не потребують негайного хірургічного втручання)		ГЕРХ. Ерозивний езофагіт 2-4 ст. Виразка стравоходу, пептична стриктура, стравохід Баррета	Рабепразол 20 мг на день 8 тижні, прокінетики, обволікаючі препарати	Незмінена слизова, катаральний езофагіт		Рабепразол 20 мг на день 24 тижні	2 рази на рік, включаючи ЕГДС
				Ерозивний езофагіт	Продовжити прийом рабепразолу 20 мг на день 8 тижнів, додати прокінетики, обволікаючі препарати	Рабепразол 20 мг на день 24 тижні	

**Фізіотерапія:** ультразвукова терапія, гальванізація, електрофорез, діадинамотерапія. Санаторно-курортне лікування рекомендується в період ремісії (курорти Миргороду, Закарпаття, Моршина).

Основні критерії ефективності лікування — загоєння ерозивних уражень стравоходу, зникнення печії, поліпшення якості життя. Частота рецидивування протягом першого року після вдалого завершення лікування становить 39-65% для ерозивної ГЕРХ та 78-91% для неерозивної ГЕРХ, що обумовлює необхідність тривалої підтримуючої терапії.

#### **Лікування ускладнень ГЕРХ та особливих форм:**

Хірургічне або ендоскопічне лікування ГЕРХ може бути рекомендовано пацієнту у наступних випадках:

- необхідність тривалої медикаментозної терапії;
- недостатній ефект медикаментозного лікування;
- діафрагмальна кела, великий об'єм рефлюксату;
- ускладнена ГЕРХ (кровотеча, стриктури, СБ, рак стравоходу);
- повторні аспираційні пневмонії;
- особисте бажання пацієнта;
- стравохід Баррета.

Середня тривалість початкового лікування — 1-3 міс. (залежно від форми ГЕРХ та важкості езофагіту)

#### **Реабілітація**

Загальні рекомендації по дієті при ГЕРХ:

- після прийому їжі уникати нахилів уперед та не лягати;
- уникати надмірних прийомів їжі, не їсти за 2-3 години до сну;
- уникати прийому продуктів, що знижують тонус НСС та подразнюють СО стравоходу (жирна їжа, кислі соки, алкоголь, кава, шоколад та ін.).

Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації

- спати з припіднятим головним кінцем ліжка не менше, ніж на 15 см;
- не носити тісну одягу та тугі паски;
- уникати підняття ваги понад 8-10 кг, перенапруження черевного пресу та роботи, пов'язаної з нахилами тулуба уперед;
- боротьба з надмірною вагою;

- кинути палити;
- уникати прийому провокуючих рефлюкс ліків.

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

**Недосліджена та досліджена диспепсія.** Диспепсія не є специфічним синдромом та може зустрічатися як при патології ЖКТ (структурній чи функціональній), так і при багатьох не гастроентерологічних захворюваннях. У більш ніж 50% випадків яких-небудь органічних порушень при диспепсії не виявляють, тобто вона має функціональний характер. У 40-50% хворих диспепсичні прояви обумовлені органічною патологією, частіше пептичною виразкою та ГЕРХ. Рідше, в якості потенційних чинників виступають міліарні та панкреатичні розлади, прийом деяких медикаментів, пухли ШКТ та інші - і як синдром, і як самостійну нозологічну форму. Для визначення диспепсії як попереднього діагнозу, тобто для опису диспепсичного симптомокомплексу у первинного хворого, рекомендують використовувати термін «**недосліджена диспепсія**». У 50-60% пацієнтів з диспепсією яких-небудь структурних патологічних відхилень при ЕГДС та УЗД брюшної 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 чинниками диспепсичної симптоматики, які можуть бути ідентифіковані при проведенні ЕГДС та УЗД брюшної порожнини. При відповідному лікуванні симптоми диспепсії зменшуються або повністю зникають. Такий стан трактують як вторинну диспепсію внаслідок відомих чинників, а саме інфекцію *H. Pylori*.
2. пацієнти, в яких симптоматика не може бути пояснена за допомогою традиційних діагностичних методів, тоді їх розглядають як хворих на функціональну диспепсію, яку розділяють на два окремих субтипи:
  - **постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС)**
  - **епігастральний больовий синдром (ЕБС)**

**ФД** - синдромний діагноз, який включає в себе болі та відчуття печії в підложечній області, відчуття переповнення в епігастрії після їжі та ранне насичення, які відмічаються у хворого на протязі 3-х останніх місяців (при загальній тривалості скарг не менш 6-ти місяців) та які не можуть бути пояснені органічними захворюваннями (Римські критерії III, 2006).

При ФД майже ніколи не відмічають одиночного симптома, у 99% зустрічається  $\geq 2$ , у 80% -  $> 5$  симптомів; в ці визначення входять також печія та регургітація.

Згідно Римських критеріїв III, ФД визначається не просто як «біль та дискомфорт суворо в епігастрії», а як наявність, в меншій мірі, в продовж 3 місяців з останніх не менш 6 місяців  $\geq 1$  диспептичного синдрому, який виникає з гастродуоденальної області (відчуття важкості після їжі, відчуття раннього насичення, біль в області епігастрія. Відчуття печії в області епігастрія), при відсутності будья-яких органічних (за даними ЕГДС), 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 рекомендовано розглядати як широке поняття, яке охоплює:

- пацієнтів з ПДС, який характеризується виникненням диспептичної симптоматики, індуцированої вживанням їжі;
- пацієнтів з ЕБС, при якому біль/печія в області епігастрія не виникають виключно відразу після вживання їжі, але й можуть розвиватися або також зменшуватися під час їжі;
- пацієнтів з «перехрестом» симптомів ПДС та ЕБС (оверлеп), при якому відмічаються як диспепсичні симптоми, індуціровані вживанням їжі, так і епігастральна біль та/або печія.

**Виділені такі причини розладу ФД:**

3. Порушення гастродуоденальної моторики:
  - а. послаблення моторики антрального відділу шлунка з наступним уповільненням евакуації із шлунка (гастропарез);
  - б. порушення антродуоденальної координації;
  - в. розлади ритму перистальтики шлунка (тахігастрія та брадігастрія);
  - г. порушення акомодатії шлунка (здатності проксимального відділу шлунка розслаблюватися після прийому їжі).
4. Підвищення чутливості рецепторного апарату стінки шлунка до розтягуваності (вісцеральна гіперчутливість).
5. Порушення нейроендокринної регуляції - горманально активні поліпептиди (субстанція Р, холецистокінін, серотоніні, простагландіни та ін.) впливають на клітинні рецептори та на симптоми болі, диспепсичні прояви та психічну дезадаптацію.
6. Генетичні фактори та вплив зовнішнього середовища можуть приводити до порушення психосоціального статусу і в зв'язку з цим викликати функціональні гастроінтестинальні розлади.
7. Зв'язок з інвазією *H. pylori*.

Згідно з Римськими критеріями IV провідну роль у розвитку ФД відіграє порушення регуляції осі «ШКТ – ЦНС».

### **Класифікація ФД.**

*Типи ФД:*

- а) *виразкоподібна диспепсія* – в клінічній картині переважають болі в епігастрії, які виникають натщесерце та вночі и купіруються після вживання їжі та антацидів;
- б) *дискінетична (дисмоторна) диспепсія*: основні скарги –раннє насичення та відчуття переповнення в епігастрії після їжі, нудота, відчуття дискомфорту та вздуття в епігастрії, що посилюються після їжі;
- в) *неспецифічна диспепсія* – в клініці присутні симптоми виразкоподібного та дискінетичного варіантів диспепсії.

### **Клініка ФД.**

Симптоматика ФД відрізняється різноманітністю, неспецифічністю і тому не може служити надійним діагностичним критерієм. На переважно функціональний характер цих прояв вказує множинність скарг нерідко з емоційною забарвленістю.

Клініка включає загальні неврологічні прояви:

- безсоння, мігрень, дратливість, поганий настрій;

а також спеціальні (гастритичні) прояви, які залежать від варіанту диспепсії.

*Виразкоподібний варіант*: періодичний біль в епігастрії помірної інтенсивності, як правило, без ірадіації, виникає натщесерце (голодний біль), або вночі (нічний біль), купується після прийому їжі та/або антацидів.

*Дисмоторний варіант*: відчуття раннього насичення, важкості, переповнення, здуття в епігастрії; дискомфорт після їжі, нудота, рідко блювання, зниження апетиту.

*Неспецифічний варіант*: присутні різноманітні ознаки вище визначених варіантів.

У одного хворого може бути сполучення різних варіантів ФД.

Згідно Римським діагностичним критеріям II для ФД зарактерні наступні три ознаки:

- 2) постійна або рецидивуюча диспепсія (біль або дискомфорт, що локалізується в епігастрії по середній лінії), тривалість якої не менше 12 тижнів за останні 12 місяців (між загостреннями можуть бути «світлі» періоди);
- 3) відсутність доказів органічного захворювання, підтвердженого анамнезом, ендоскопічним дослідженням верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, УЗД органів черевної порожнини;
- 4) відсутність доказів, що диспепсія полегшується актом дефекації або пов'язана із зміною частоти або форми випорожнення.

Вирішальне значення скарги мають при діагностиці особливих форм:

- при аерофагії - гучна відрижка повітрям, блювання, що легко виникає, без попередньої нудоти, а також часто виявляються ознаки нейровегетативної нестійкості;
- при звичайному блюванні: блювання може викликати вид їжі, її запах, навіть думка про їжу; вона посилюється, як правило, при невово-психічному напруженні.

#### **Діагностичні критерії ФД згідно Римський критеріїв IV**

##### **- $\geq 1$ з наступних симптомів:**

- Набридливе відчуття переповнення після вживання їжі;
- Набридливе відчуття раннього насичення;
- Набридливий біль в області епігастрія;

##### **а також:**

відсутність доказів наявності структурної патології (в тому числі при проведенні верхньої ЕГДС), яка дозволить пояснити існуючі симптоми.

#### **Діагностичні критерії ПДС**

##### **$\geq 1$ з наступних симптомів, принаймні, 3 рази на тиждень:**

- Набридливе відчуття переповнення після вживання їжі, яке має вплив на повсякденну активність;
- Набридливе відчуття раннього насичення (яке включає нездатність з'їсти звичайний об'єм їжі);

##### **а також:**

відсутність доказів наявності органічних, системних та метаболічних захворювань, які дозволяють пояснити симптоми при проведенні традиційних діагностичних тестів, які включають ЕГДС.

#### **Підтримуючі ознаки:**

- Постпрандіальний біль або печія в області епігастрія, здуття в області епігастрія, відрижка та нудота;
- Персистуюча блювота передбачає наявність інших розладів;
- Печія не є диспепсичним симптомом;
- Симптоми, які зменшуються після дефікації або відходження газів, не розглядають як частину диспепсії;
- Симптоми, які характерні для ГЕРХ або синдрому подразненого кишечника, часто можуть супроводжувати ПДС

#### **Діагностичні критерії ЕБС**

##### **$\geq 1$ з наступних симптомів, принаймні, 1 раз на тиждень:**

- Набридлива епігастральна біль (яка впливає на повсякденну активність);  
та/або:

- Набридливе відчуття печії в області епігастрія (яке впливає на повсякденну активність);

##### **а також:**

відсутність доказів наявності органічних, системних та метаболічних захворювань, які дозволяють пояснити симптоми при проведенні традиційних діагностичних тестів, які включають ЕГДС.

#### **Підтримуючі ознаки:**

- Біль може бути індуцирований вживанням їжі, його вираженість може зменшуватися під час вживання їжі або відмічаються протягом всього періоду вживання їжі;
- Може відмічатися постпрандіальне здуття в області епігастрія, відрижка, нудота;
- Персистуюча блювота передбачає наявність інших розладів;

- Печія не є диспепсичним симптомом, хоча часто присутня;  
 Біль не відповідає критеріям функціональної міліарної болі;  
 Симптоми, які зменшуються після дефекації або відходження газів, не розглядають як частину диспепсії;  
 Симптоми, що характерні для ГЕРХ чи синдрому подразненого кишечника, часто можуть супроводжувати ПДС.

### Симптоми «тривоги», що виключають діагноз ФД

Скарги та анамнез	Фізикальне дослідження	Лабораторні показники
Немотивована втрата маси тіла	Лихоманка	Кров у випорожненнях, лейкоцитоз
Постійний абдомінальний больовий синдром	Чіткі ознаки органної позашлункової патології	Анемія, прискорена ШОЕ
Початок в похилому віці		Зміни в біохімії крові

### Дігностика ФД

**ФД є діагнозом ВИКЛЮЧЕННЯ**, тобто він встановлюється тільки тоді, коли використання різних об'єктивних досліджень виключає можливість органічної патології, яка проявляється диспептичними симптомами. Тому, при наявності синдрому ФД пацієнту необхідно виконати наступні дослідження:

1) ЕГДС з біопсією та визначенням уреазного тесту (біохімічний та морфологічний метод), що дозволить не тільки візуально засвідчити наявність змін з боку внутрішньої поверхні шлунку, але й оцінити на морфологічному рівні стан СОШ та можливість враження її хелікобактерною інфекцією;

2) Рентгеноскопію шлунку, яка дасть можливість в деякій мірі оцінити кінетичні розлади з боку шлунку та швидкість його випорожнення;

3) РН-метрію шлунку, бажано з проведенням не менше ніж 4-годинного моніторингу, що дозволить оцінити секреторну функцію шлунку, а також її зміни під дією прийнятої їжі.

Крім цих основних методів бажано дослідити зміни тиску в порожнині шлунку та стан електричної активності ДПК та шлунку під дією прийнятої їжі, що дасть уяву про розлади моторної функції шлунку та стан її синхронізації з діяльністю пілоричного сфінктеру.

Крім цих основних досліджень, які дозволяють провести диференційний діагноз між морфологічними змінами та функціональними порушеннями шлунку, слід пам'ятати про наявність так званих **СИМПТОМІВ ТРИВОГИ**, які виключають діагноз ФД.

Необхідно також враховувати що ФД в більшості випадків супроводжують різні невротичні розлади (депресія, іпохондрія, астенія та інші), які необхідно диференціювати з психічними захворюваннями.

Тому, план обстеження хворого повинен включати:

#### 1. Лабораторні дослідження

**Обов'язкові:** загальний аналіз крові та сечі, глюкоза сироватки крові, копрограма, аналіз випорожнення на приховану кров,

**при наявності показань** – коагулограма, залізо сироватки крові

#### 2. Інструментальні та інші види діагностики

**Обов'язкові:** рентгеноконтрастна скопія шлунку та 12-палої кишки, відеоендоскопія шлунку та 12-палої кишки (ФГДС), інтрагастральна рН-метрія шлунку, рН-метрія стравоходу, УЗД органів травлення, ЕКГ,

**при наявності показань** – хромоендоскопія шлунку, біопсія слизової оболонки шлунку, багатогодинний моніторинг рН стравоходу, визначення *Helicobacter pylori*, сцинтиграфія шлунку з радіоактивними ізотопами технеція та індія

#### 3. Консультації спеціалістів:

**Обов'язкові:** невропатолога, психотерапевта, голкорексфлексотерапевта, фізіотерапевта, **при наявності показань** – психіатра.

**Диференційний діагноз ФД:**

- виразкова хвороба, - рак шлунка, - хронічний гастрит; - хронічний холецистит; - хронічний панкреатит; -

**Остаточний діагноз** встановлюється шляхом виключення інших захворювань.

**Лікування ФД.**

Лікування ФД проводиться комплексно і повинно максимально охоплювати весь спектр патогенетичних розладів, характерних для цієї хвороби. Воно включає режим харчування, лікування невротичних розладів та медикаментозну терапію направлену на нормалізацію функціонального стану шлунку та ДПК.

Режим харчування передбачає 6-кратний прийом їжі через рівні проміжки часу на протязі дня з поступовим зменшенням об'єму кожного прийому їжі, але зі збереженням енергоємності раціону. Можлива заміна окремих прийомів їжі вживанням слабо-мінералізованої лужної води (Лужанська, Поляна Квасова та інші), обов'язково дегазованої та теплої або кімнатної температури. Страви готують протертими до пюреподібного стану на пару, шляхом варки або запікання. Виключити із раціону продукти та страви, які за даними хворого викликають диспепсію, обмежити гострі приправи та спеції, наваристі бульйони, жирну їжу, кофе, алкоголь. Звертають увагу хворих на необхідність нормалізації образу життя (відмова від шкідливих навичок, запобігання стресових ситуацій, негативних емоцій, нервових перевантажень і т. п.)

Враховуючи, що ФД відноситься до біопсихосоціальних захворювань значна увага відводиться до лікування невротичних розладів. Велике значення мають відносини «хворий-лікар» та довіра хворого порадам лікаря. Останній повинен проявити емпатію (співчуття, співпереживання) до пацієнта. Зрозуміло пояснити причини захворювання, спираючись на результати виконаних досліджень, що доводять правильність діагноза. Разом з ним обговорити план лікування та погодити тактику лікування. І тільки тоді застосовувати антидепресанти або інші медикаментозні засоби відповідно до характеру невротичного розладу.

Загальні принципи лікування ФД:

- індивідуальний підхід до хворого з урахуванням виду диспепсії;
- диференційоване призначення антацидів, блокаторів протонної помпи, H<sub>2</sub>-блокаторів гістамінових рецепторів, селективних мускаріноподібних M<sub>1</sub>-рецепторів, прокінетиків, суцральфату, препаратів вісмуту, антибіотиків, метранідазолу та ін.

Міжнародним робочим комітетом щодо функціональних гастродуоденальних захворювань органів травлення (1994) також дані додаткові рекомендації щодо лікування хворих на ФД:

- 1) проводити лікування плацебо, так як успіх плацебо спостерігається в 20-60% випадків;
- 2) симптоми, що виникають після їжі (переповнення і раннє насичення, абдомінальний біль), можливо зменшити, якщо виключити з раціону гострі приправи, спеції та жирну їжу.

При рефлюксоподібній ФД перевагу слід віддавати блокаторам протонної помпи, поєднанню H<sub>2</sub>-блокаторів та блокаторів протонної помпи та прокінетикам 2-го покоління (сульпіриду – при наявності тривожно-депресивного синдрому).

**Схеми фармакотерапії:**

- I- a:** омепразол (омез, ульфамід) або лансопразол (ланза, ланзап) по 1 капс або табл. 1 раз на добу внутрішньо; або пантопразол (контролок) або рабепразол (паріет) або езомепразол (нексіум) або фамотідин (квamatел) по 1 табл 2 рази на добу внутрішньо;

також призначають діосмектит (біла глина, смекта) по 1 порошку 3 рази на добу внутрішньо;

також призначають амітриптилін (амізол) 25 мг 2 рази на добу внутрішньо або флувоксамін (феварин) 50 - 100 мг одноразово ввечері внутрішньо.

2- **a:** метоклопрамід (церукал) або домперідон (мотіліум) по 1 табл 3 рази на добу внутрішньо; антацид, що всмоктується (ренні) по 1 табл 3-4 рази на добу внутрішньо; диметікон або семіткон (еспумізан) по 40-80 мг 3-4 рази на добу внутрішньо; ондасетрон (осетрон) 1 табл внутрішньо.

3- **a:** антихелікобактерна терапія 1 тиждень внутрішньо; антациди, що містять алюміній (маалокс, альмагель, фосфалюгель) по 1-2 станд. дозі 3-4 рази на добу через 40 хвил після їжі внутрішньо.

### **Згідно Римських критеріїв IV, фармакотерапія ФД включає:**

#### **Препарати першої лінії:**

1. Прокінетіки (метоклопрамід, домперідон, ітоприд, пруклопід)
2. ІПП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол)
3. Прокінетик+ІПП

#### **Препарати другої-третьої лінії**

- 1) Антидепресанти:
  - трициклічні (амітриптилін);
  - селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну (пароксетин)
- 2) Інші психотропні заходи (левосульпірид)
- 3) Фундальні релаксанти (акотіамід, буспірон, суматріптан)
- 4) Блокатори H1-гістамінових рецепторів (монтелукаст)
- 5) Фітотерапія
- 6) Психотерапевтичне втручання

**Критерій ефективності лікування** – симптоми хвороби відсутні або зменшилась їх інтенсивність.

### **Хронічні гастрити (ХГ)**

ХГ - захворювання хронічним рецидивуючим перебігом, в основі якого лежать запальні та дистрофічні, дисрегенераторні ураження слизової оболонки шлунка, які супроводжуються порушенням його секреторної, моторно-евакуаторної та інкреторної функції.

ХГ – поняття клініко-морфологічне, але остаточний діагноз стає правомочним лише після гістологічного підтвердження

*Розповсюдженість:* серед усіх захворювань ШКТ - 35% випадків складає ХГ; серед захворювань шлунка – 85%. ХГ уражає 40-50% дорослого населення земної кулі. Розповсюдженість ХГ залежить від місця та умов проживання людей, що чітко пов'язано з інфікованістю на *H. Pylori*.

#### **Етіопатогенез та патоморфологія**

В клінічній практиці найчастіше зустрічаються три типи ХГ:

1. Поверхневий з переважним ураженням антрального відділу шлунка, найчастіше асоційований з *H. pylori* (гастрит типу В), при якому довгий час збурігається нормальна або навіть підвищена секреція соляної кислоти.
2. Аутоімунний фундальний гастрит (гастрит типу А), в формуванні якого приймають участь аутоімунні механізми. Для нього характерне виявлення антитіл до паріетальних клітин і внутрішнього фактору, а також високий рівень гастрину в сироватці крові при тенденції до ахлоргідрії шлункового соку.
3. Хімічний, рефлюкс гастрит (гастрит типу С), який характеризується вогнищевим ураженням фундального відділу шлунка внаслідок цитотоксичної дії на слизову оболонку (СО) вмісту 12-палої кишки при дуоденогастральному рефлюксі. Часто розвивається в

культі оперованого шлунку при тонкокишковому рефлюксі. Близьким до цього типу гастриту є гастрит, зумовлений медикаментозним ураженням слизової оболонки шлунку.

### Морфологічні зміни при ХГ:

До них відносяться запалення, атрофія, порушення клітинного оновлення, в тому числі метаплазія та дисплазія.

*Про хронічне запалення* свідчить інфільтрація особистої пластинки і епітелія мононуклеарними елементами.

*Атрофія CO* характеризується зменшенням кількості нормальних залоз. Біологічною основою атрофічного гастриту є порушення проліферації та апоптозу через різні патогенні фактори (в т.ч. *H. Pylori*). При атрофії разом з незворотньою втратою залоз шлунка відбувається їх заміщення метаплазованим епітелієм або фіброзною тканиною.

*Кишкова метаплазія (заміщення шлункового епітелію кишечним)* зустрічається досить часто, а у людей похилого віку її знаходять навіть у практично здорових людей. При атрофічному гастриті спостерігається майже в 100%.

*Дисплазія.* Її слід розглядати як передраковий стан. Виділяєть два ступеня: низького та високого.

**Класифікація.** Прийнята в 1990 р на IX Міжнародному конгресі гастроентерологів (Австралія), яку назвали «Сіднейська система». В 1998 р модифікована Л.І. Аруїном та співавт.

Тип гастриту	Синоніми	Етіологічні фактори
<b>Неатрофічний</b>	Поверхневий, дифузний антральний, інтерстиціальний, гіперсекреторний, тип В	<i>H. Pylori</i> та інші фактори
<b>Атрофічний:</b> - аутоімунний  - мультифокальний	Тип А, дифузний тіла шлунку, асоційований з перніціозною анемією	Аутоімунний  <i>H. pylori</i> , особливості харчування, фактори зовнішнього середовища
<b>Особливі форми:</b> - хімічний  - радіаційний  - лімфоцитарний  - неінфекційний гранулематозний  - еозинофільний  - інші інфекції	Реактивний рефлюкс-гастрит, тип С  Варіоломорфний, асоційований з целіакією  Ізольований гранулематоз  Харчова алергія та інші алергени	Хімічні подразники, жовч, нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) Променеві ураження  Ідіопатичний, імунні механізми, глютен, <i>H. Pylori</i>  Хвороба Крона, саркоїдоз, гранулематоз Вегенера, інородні тіла, ідіопатичний Алергічний  Бактерії (окрім <i>H. Pylori</i> ), віруси, гриби, паразити

### ХГ типу В

**Клініка:** проявляються симптомами, які характерні для виразкової хвороби, голодними та нічними болями в епігастрії, нудотою, блюванням, відрижкою кислим, печією. Характерна схильність до закріпів.

Всі симптоми обумовлені підвищенням кислотоутворюючої функції у відповідь на ураження антрального відділу шлунка. Захворювання може мати безсимптомний перебіг.

Діагноз встановлюють на основі характерної клінічної картини; ендоскопічного дослідження, що дозволяє уточнити локалізацію, характер змін СО шлунка.

*Абсолютним діагностичним критерієм* захворюванням служить виявлення самої Н. Руйорі та продуктів її життєдіяльності, а також морфологічних ознак хронічного гастриту в біоптатах.

#### **ХГ типу А.**

**Клініка:** Найчастіше перебіг безсимптомний до тої пори поки не розвилась В12-дефіцитна мегалобластна анемія. Іноді клініка характеризується симптомами шлункової диспепсії (тупі болі та важкість в епігастрії післяїжі, відрижка, нудота, неприємний присмак в роті); ознаками кишкової диспепсії (метеоризм, діарея). При розвитку перниціозної анемії з'являються стомлюваність, сонливість, печіння язика, парестезії кінцівок.

Об'єктивно: лакований язик, блідість шкіри, можлива субіктеричність склер, а також втрата вібраційної чутливості, порушення ходи та ін.

Гастрит типу А часто поєднується з іншими аутоімунними захворюваннями – тиреоїдитом Хашимото, хворобою Адісона, гіпаратиреоїдизмом та ін.

Діагноз встановлюють на основі вище перерахованих клінічних ознак та характерної ендоскопічної картини (бліда СО дна та тіла шлунка, через яку добре видно судинний малюнок). Найбільш характерна ознака – наявність антитіл проти парієтальних клітин та внутрішнього фактору.

#### **ХГ типу С**

**Клініка.** Біль та відчуття важкості в епігастрії під час сну або зразу після їжі, нудота, блювання, печія. Часто має безсимптомний перебіг.

Верифікувати діагноз дозволяє морфологічне дослідження біоптату СО шлунка.

**Радіаційний ХГ** – важкість ураження шлунка залежить від дози радіоактивного випромінювання. Виявляються помірні або важкі коагуляційні некрози СО шлунка з вторинною запальною інфільтрацією. Помірні зміни як правило зворотні і регресують по мірі оновлення СО до норми на протязі 4 місяців. При тяжкому ураженні утворюються виразки, фіброз та обітеруючий гіаліноз судин.

**Лімфоцитарний гастрит** – має чітку гістологічну характеристику: переважно інфільтрація міжепітеліальними лімфоцитами (в нормі 3-5 на 100 епітеліоцитів, при лімфоцитарному – збільшується до 30-50)

**Гранулематозний гастрит** – зустрічається як прояв хвороби Крона, саркоїдозу, паразитарних інвазій, попаданні в СО інородного тіла. Морфологічним субстратом є епітеліоїдно-клітинні гранульоми, інколи – з гігантськими багатоядерними клітинами.

**Еозинофільний (алергічний) гастрит** – характеризується вираженою інфільтрацією еозинофілами СО та інших шарів стінки шлунка. Головним чином уражається антральний відділ.

**Інші інфекційні гастрити (нехелікобактерієлі-асоційовані).** Викликаються вірусами, мікробами, грибами, паразитами. Зустрічаються рідко.

**Хвороба Менетріє** – гіпертрофічна гастропатія. Основна морфологічна ознака захворювання – гігантські складки переважно в області дна та тіла шлунка. Клінічно проявляється анорексією, нудотою, блюванням, гастроінтестинальними кровотечами, діареєю, втратою маси тіла до 25 кг, болями в епігастрії, гіпохлоргідрією, гіпоальбумінемією (до розвитку безбілкових набряків у 20-100% хворих).

#### **Діагностика**

Методи інструментальної діагностики ХГ:

- функціональна діагностика: визначення шлункової секреції методом фракційного зондування або методом інтрагастральної рН-метрії;
- ендоскопічне дослідження;

- морфологічне дослідження;
- рентгенологічне дослідження органів шлунково-кишечного тракту;
- діагностика інфекції *H. pylori* (бактеріологічне дослідження – посів біоптата СО на диференціально-діагностичне середовище; морфологічне: гістологічний – забарвлення бактерії в гістологічному препараті СО за Гімзе, Вартину-Старрі, Генте, толуїдиновим синім; цитологічний – забарвлення бактерій в мазках-відбитках СО шлунка за Гімзе, Граму; визначення продуктів життєдіяльності *H. Pylori*: уреазний – визначення уреазної активності в біоптаті СО шлунка в рідкому або гелеподібному середовищі, яке містить субстрат, буфер та індикатор; дихальний – визначення у видихаємому повітрі ізотопів <sup>14</sup>C або <sup>13</sup>C, які виділяються внаслідок розщеплення в шлунку хворого меченої сечовини під дією уреазу бактерії *H. pylori*; імуноферментний – визначення антитіл до *H. pylori*; ПЦР - визначення *H. pylori* за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в калі).

#### **Диференціальний діагноз**

1. Рак шлунка
2. Виразкова хвороба
3. Хронічний холецистит
4. Хронічний панкреатит
5. Хронічний колит

#### **Ускладнення**

1. Кровотеча
2. Залізодефіцитна анемія
3. В<sub>12</sub> – фолієводефіцитна анемія
4. Гастрогенний коліт
5. Гіпополівітаміноз
6. Рак шлунка

#### **Принципи лікування хронічного гастриту**

##### **Лікування хронічного аутоімунного гастриту (тип А):**

при вираженому загостренні хворих госпіталізують. Лікувальне харчування у фазу загострення - стіл № 1, пізніше - стіл № 2.

##### **Медикаментозне лікування:**

1. Препарати, що стимулюють секреторну функцію шлунка (ли-монтар, пентагастрин, глюконат кальцію).
2. Замісна терапія (шлунковий сік, пепсидил, пепсин, ацидин-пепсин, абомін, панзінорм, соляна кислота).
3. При наявності болю і диспептичних розладів - церукал, еглоніл, но-шпа, галідор.
4. Протизапальна терапія (листя подорожника, плантаглюцид, вентер).
5. Ферменти (солізим, ораза, фестал, мезим-форте).
6. Мінеральні води ("Миргородська", "Слов'янська" - у теплому вигляді за 15-20 хв до їди, невеликими ковтками по 1/2-1 склянці 2-3 рази на день).

**Лікування хронічного гелікобактерного гастриту (тип В):** при загостренні хворих госпіталізують. Лікувальне харчування - стіл № 1.

##### **Медикаментозне лікування:**

1. Ліквідація гелікобактерної інфекції (де-нол, амоксицилін, кларитроміцин, метронідазол).

**ХГ типу В** – згідно Маастрихтського консенсусу IV (2010) – доцільно проводити ерадикацію *H. pylori*.

Схеми ерадикаційної терапії інфекції *H. pylori* (перша лінія)

1-й компонент	2-й компонент	3-й компонент
ИПП: омепразол (ОМЕП) 40 мг 2 рази на добу	Кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу	Амоксицилан 1000 мг 2 рази на добу або метронідазол 500 мг 2 рази на добу

Схеми чотирьохкомпонентної ерадикаційної терапії інфекції *H. pylori* (друга лінія)

1-й компонент	2-й компонент	3-й компонент	4-й компонент
---------------	---------------	---------------	---------------

ИПП: омепразол (ОМЕП) 40 мг 2 рази на добу	Вісмуту субсаліцилат/субцитрат 120 мг 4 рази на добу	Метронідазол 500 мг 3 рази на добу	Тетрациклін 500 мг 4 рази на добу
---	--	---------------------------------------	--------------------------------------

**ХГ типу А** – спеціального лікування немає. При супутній зовнішньосекреторній недостатності підшлункової залози (стеаторея) – панкреатичні ферменти. При наявності мегалобластної анемії – в/м Вітамі В12 1000 мкг на протязі 6 днів, в подальшому на протязі місяця 1 раз на тиждень, далі – тривало на протязі життя 1 раз в 2 місяці.

**ХГ типу С** – нормалізація моторики травного тракту зв'язування жовчних кислот. Ефективними є прокінетики (мотіліум), холестирамін (6-10 г на добу) в поєднанні з антацидами (маалокс, фосфалюгель). При жовчному рефлюкс-гастриті – урсодезоксіхіолева кислота 250-500 мг на ніч на протязі 6-8 тижнів.

**При НПЗЗ-індукованому гастриті** – відмінити НПЗЗ, при неможливості – використанні селективних інгібіторів ЦОГ-2. Премаратом вибору є мезопростол (по 200 мкг 3 рази на день та на ніч).

2. Протизапальна терапія (калефлон, вентер, сукральфат, гастрофарм).
3. Антисекреторні засоби (ранітидин, фамотидин, нізатидин, роксатидин).
4. Антациди (альмагель, маалокс, фосфалюгель, гавіскон).
5. Репаранти (солкосерил, етаден, рибоксин, ретаболіл, пентоксил, гастрофарм).
6. Засоби, що нормалізують моторну діяльність шлунка (церукал, еглоніл, мотиліум).
7. Мінеральні води ("Лужанська", "Поляна Квасова", "Моршинська" - у теплом вигляді без газу по 3/4 склянки 3 рази на день за 1,0-1,5 год до їди).

**Фізіотерапія:** ультразвукова терапія, гальванізація, електрофорез, діадинамотерапія, синусоїдальні модульовані струми, парафіно-, озокерито-, грязетерапія.

Санаторно-курортне лікування рекомендується в період ремісії (Закарпаття, Моршин).

Профілактичні заходи включають лікувальне харчування, відмову від куріння, алкоголю, періодичне приймання антацидів.

**NB!** Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведений контроль за ерадикацією *H. pylori* за допомогою дихального тесту з  $C^{13}$ -сечовиною або визначення фекального антигену *Hp*.

- При відсутності ерадикації *Hp* — друга лінія лікування *Hp*-інфекції за схемами, рекомендуємими Маастрихтським консенсусом 2-2000

#### **Лікування супутньої патології та ускладнень:**

При супутній мегалобластній анемії додатково призначаються ін'єкції вітаміну В 12 (доза залежить 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 целиакією, суворе дотримання аглютенної дієти сприяє повному одужанню.

Середня тривалість лікування — 7-10 днів

Основні критерії ефективності лікування — ерадикація *Hp*-інфекції (контролюється за допомогою  $C^{13}$ -сечовинного дихального тесту) та виліковування хворого, зменшення або зникнення симптомів диспепсії, анемії та неврологічних проявів (при аутоімунному ХГ), поліпшення якості життя.

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

Хворим рекомендується 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).

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.

**Профілактика.** Первинна – нормалізація способу життя, раціональне харчування, виключення шкідливих звичок, усунення професійних шкідливостей.

Вторинна – для більшості хворих- проведення успішної ерадикації *H. pylori*. При рефлюксі – усунення факторів, які підвищують внутрішньочеревний тиск (запори, метеоризм, фізичне навантаження та ін.)

Важливу роль відіграє санаторно-курортне лікування (Миргород, Березівські мінеральні води, Моршин, Карпати, Куяльник та ін.): хворі з секреторною недостатністю шлунка п'ють мінеральну воду за 20-30 хвил до їжі, а з гіперацидним станом – через 1,5-2 години після їжі.

### Контроль початкового рівня знань

1. Хворий на скаржить на печію, відригування, що посилюється при нахилі тулуба, біль за грудиною при ковтанні. Чим зумовлена дана клінічна картина?
  - А. Хронічним гастритом**
  - В. ГЕРХ**
  - С. Виразкою шлунка**
  - Д. Виразкою 12-палої кишки**
  - Е. Хронічним холециститом**
  
2. У чоловіка 52 років, що страждає на ГЕРХ, прогресує слабкість, серцебиття, запаморочення. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових оболонок, ангулярний стоматит. Пульс – 112 уд/хв., АТ – 90/60 мм рт.ст. Тони серця приглушені, систолічний шум на верхівці серця. Печінка та селезінка не пальпуються. Чим зумовлені дані зміни?
  - А. Гемолізом еритроцитів**
  - В. Хронічним гастритом**
  - С. Анемією, яка викликана ГЕРХ**
  - Д. Анемією, яка викликана виразкою шлунка**
  - Е. Анемією, яка викликана вадою серця**
  
3. Жінка 35 років скаржить на печію та біль при ковтанні. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?
  - А. Колоноскопія**
  - В. рН-метрія**
  - С. Ультразвукове дослідження**
  - Д. Рентгеноскопія шлунка**
  - Е. Езофагогастроуденоскопія**
  
4. Хвора 24 років скаржить на біль в грудній клітині під час сну, який зрідка супроводжується печією. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?
  - А. ЕКГ**
  - В. рН-метрія**
  - С. Езофагогастроуденоскопія**
  - Д. Рентгеноскопія шлунка**
  - Е. Ультразвукове дослідження**

5. Хвора 29 років скаржиться на печію, відрижку повітрям, періодичні болі при ковтанні. Який попередній діагноз найбільш ймовірний?
- А. Гострий гастрит.**
  - В. Хронічний гастрит типу А.**
  - С. Хронічний гастрит типу В**
  - Д. ГЕРХ**
  - Е. Виразкова хвороба шлунка.**
6. У 20-річного службовця з'явилися болі в епігастрії, які супроводжувались печією. Прием їжі знімає біль. Часто приймає соду, яка полегшує стан на короткий період часу. Який з перелічених методів найбільш інформативний для діагностики:
- А. Фракційне дослідження шлункового вмісту**
  - В. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту**
  - С. Фіброезофагогастродуоденоскопія**
  - Д. рН-метрія шлунка**
  - Е. Дуоденальне зондування**
7. Хворий 35 років скаржиться на болі в епігастрії після їжі, печію та відрижку. При фіброгастродуоденоскопії виявлена ерозія нижньої третини стравоходу. Найбільш вірогідний діагноз?
- А. ГЕРХ**
  - В. Хронічний гастрит**
  - С. Виразка шлунка**
  - Д. Хронічний гастродуоденіт**
  - Е. ІХС**
8. Хворий 42 років скаржиться на утруднення при ковтанні твердої їжі, біль в нижній частині груднини, гикавку. Ваш попередній діагноз?
- А. Рак стравоходу**
  - В. Дивертикул стравоходу**
  - С. ГЕРХ**
  - Д. Хронічний езофагіт**
  - Е. Рак шлунка**
9. Хвора 49 років з підвищеною масою тіла скаржиться на біль в епігастрії та печію вночі. Який метод дослідження найдоцільніший?
- А. ЕКГ**
  - В. Фракційне дослідження шлункового соку**
  - С. УЗД**
  - Д. Рентгеноскопія шлунка**
  - Е. Езофагогастродуоденоскопія**
10. Хворий скаржиться на інтенсивний біль під мечоподібним відростком, який посилюється вночі, не проходить, а збільшується після їжі. Про яке захворювання можна думати в першу чергу?
- А. Виразка 12-палої кишки**
  - В. Виразка шлунка**
  - С. Хронічний гастрит типу А**
  - Д. ГЕРХ**
  - Е. Хронічний гастрит типу В**

11. Хворий скаржиться на печію, відригування, почуття важкості в епігастрії, що з'являються після емоціональної напруги. Чим зумовлена дана клінічна картина?
- А. Хронічним гастритом**
  - В. Функціональною диспепсією**
  - С. Виразкою шлунка**
  - Д. Виразкою 12-палої кишки**
  - Е. ГЕРХ**
12. Чоловік 32 років скаржиться на слабкість, серцебиття після їжі. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки звичайного кольору. Пульс – 78 уд/хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. Тони серця ритмічні, звучні. Печінка та селезінка не пальпуються. Чим зумовлені дані скарги?
- А. Хронічним холециститом**
  - В. Хронічним гастритом**
  - С. Функціональної диспепсією**
  - Д. Виразкою шлунка**
  - Е. Хронічним панкреатитом**
13. Жінка 35 років скаржиться на печію та біль при ковтанні. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?
- А. Колоноскопія**
  - В. рН-метрія**
  - С. Ультразвукове дослідження**
  - Д. Рентгеноскопія шлунка**
  - Е. Езофагогастроуденоскопія**
14. Хвора 24 років скаржиться на біль в грудній клітині під час сну, який зрідка супроводжується печією. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?
- А. ЕКГ**
  - В. рН-метрія**
  - С. Езофагогастроуденоскопія**
  - Д. Рентгеноскопія шлунка**
  - Е. Ультразвукове дослідження**
15. Хвора 29 років скаржиться на слабкість, відрижку повітрям. Який попередній діагноз найбільш ймовірний?
- А. ГЕРХ.**
  - В. Хронічний гастрит типу А.**
  - С. Хронічний гастрит типу В**
  - Д. Функціональна диспепсія**
  - Е. Виразкова хвороба шлунка.**
16. У 20-річного службовця з'явилися болі в епігастрії, які супроводжувались печією. Робота пов'язана з нервовою перенапругою. Який з перелічених методів найбільш інформативний для діагностики:
- А. Фракційне дослідження шлункового вмісту**
  - В. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту**

- С. Фіброезофагогастродуоденоскопія**
- Д. рН-метрія шлунка**
- Е. Дуоденальне зондування**

**17.** Хворий 35 років скаржиться на болі в епігастрії після їжі, печію та відрижку. При фіброгастродуоденоскопії патології не виявлено. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Функціональна диспепсія**
- В. Хронічний гастрит**
- С. Виразка шлунка**
- Д. Хронічний гастродуоденіт**
- Е. ГЕРХ**

**18.** Хворий 22 років скаржиться на слабкість, відчуття грудки в горлі, біль в епігастрії, гикавку. Ваш попередній діагноз?

- А. ГЕРХ**
- В. Дивертикул стравоходу**
- С. Функціональна диспепсія**
- Д. Хронічний езофагіт**
- Е. Рак шлунка**

**19.** Хвора 19 років з підвищеною масою тіла скаржиться на біль в епігастрії та печію вночі. Який метод дослідження найдоцільніший?

- А. ЕКГ**
- В. Фракційне дослідження шлункового соку**
- С. УЗД**
- Д. Рентгеноскопія шлунка**
- Е. Езофагогастродуоденоскопія**

**20.** Хворий 31 року скаржиться на інтенсивний біль під мечоподібним відростком, який посилюється після емоційної напруги, не проходить після їжі. Про яке захворювання можна думати в першу чергу?

- А. ГЕРХ**
- В. Виразка шлунка**
- С. Хронічний гастрит типу А**
- Д. Функціональна диспепсія**
- Е. Хронічний гастрит типу В**

### Контроль кінцевого рівня знань

1. У хворого, який скаржиться на печію, відрижку їжею, періодичний біль під мечоподібний відростком при ковтанні, виявлена анемія. Яка причина анемії найбільш вірогідна ?
  - А. ГЕРХ
  - В. Хронічний гістрит типу А
  - С. Хронічний гастрит типу В
  - Д. Рак шлунка
  - Е. Всі вищеперераховані
2. З чим пов'язаний розвиток анемічного синдрому при ГЕРХ:
  - А. Порушенням усмоктування заліза
  - В. Зниженням вмісту соляної кислоти
  - С. Зниженням фактора Кастанла
  - Д. Наявністю антитіл до клітин шлунка
  - Е. Розвитком ерозій стравоходу
3. Яку клінічну характеристику має больовий синдром при ГЕРХ
  - А. Зменшується після блювання
  - В. Посилюється під час сну
  - С. Посилюється при дефекації
  - Д. Супроводжується гіркотою в роті
  - Е. Збільшується після блювання
4. Які патогенетичні механізми розвитку ГЕРХ переважають у вагітних жінок ?
  - А. Дуоденостаз
  - В. Підвищення внутрішньочеревного тиску
  - С. Гастростаз
  - Д. Підвищення кислотності шлункового вмісту
  - Е. Зниження кислотності шлункового вмісту
5. Назвіть основні клінічні форми ГЕРХ
  - А. Неерозивна та ерозивна ГЕРХ
  - В. Стравохідна та позастравохідна ГЕРХ
  - С. Стрикттури стравоходу
  - Д. Стравохід Баррета
  - Е. Всі вище перераховані
6. Характерною особливістю болю при гасроезофагіальній рефлюксії є:
  - А. Посилення після їжі
  - В. Посилення під час їжі
  - С. Тривалий та пекучий характер болю
  - Д. Ірадіація болю по ходу стравоходу
  - Е. Білю натщесерце
7. Стравохід Баррета це:
  - А. Ускладнення виразки шлунка
  - В. Ускладнення виразки 12-палої кишки
  - С. Ускладнення ГЕРХ
  - Д. Ускладнення хронічного гастриту
  - Е. Ускладнення цирозу печінки
8. Для стравоходу Баррета характерне ?
  - А. Виразки стравоходу
  - В. Виразки шлунка
  - С. Анемія
  - Д. Тонкокишкова метаплазія епітелію в слизовій стравоходу
  - Е. Метаплазія епітелію кардіального відділу шлунка

- 9. Рабепразоловий тест допомагає?**
- Діагностувати ГЕРХ
  - Діагностувати виразкову хворобу
  - Виявити рівень секреції шлунка
  - Діагностувати Н. рулогі
  - Діагносувати цироз печінки
- 10. Найбільш ефективна комбінація препаратів при лікуванні ГЕРХ?**
- Інгібітор протонної помпи + прокінетик
  - H<sub>2</sub>-блокатор гістамінових рецепторів+антациди
  - Спазмолітики + прокінетики
  - M-холінолітик+ H<sub>2</sub>-блокатор гістамінових рецепторів
  - Спазмолітики+анальгетики
- 11. У хворого, який скаржиться на печію, відрижку їжею, періодичний біль під мечоподібним відростком при ковтанні, при ФЕГДС патології не виявлено. Яка причина скарг найбільш вірогідна ?**
- Функціональна диспепсія
  - Хронічний гастрит типу А
  - Хронічний гастрит типу В
  - ГЕРХ
  - Всі вищепераховані
- 12. З чим пов'язаний розвиток диспепсичного синдрому при ФД:**
- Порушенням усмоктування
  - Зниженням вмісту соляної кислоти
  - Зниженням вмісту пепсину
  - Наявністю антитіл до клітин шлунка
  - Порушення гастродуоденальної моторики
- 13. Функціональна диспепсія це:**
- Симптомокомплекс, який включає в себе больовий синдром при відсутності морфологічних та метаболічних змін.
  - Симптомокомплекс, який включає в себе больовий синдром, відчуття переповнення в верхій ділянці живота після їжі, які зазвичай супроводжуються іншими диспепсичними симптомами (нудота, блювання, печія, відрижка) при відсутності морфологічних та метаболічних змін.симптомокомплекс
  - Симптомокомплекс, який включає в себе відчуття переповнення в верхій ділянці живота після їжі, що зазвичай супроводжуються іншими диспепсичними симптомами (нудота, блювання, печія, відрижка) при відсутності морфологічних та метаболічних змін.
  - Симптомокомплекс, який включає в себе диспепсичні симптоми (нудота, блювання, печія, відрижка) при відсутності морфологічних та метаболічних змін.
  - Симптомокомплекс, який включає в себе больовий синдром, відчуття переповнення в верхій ділянці живота після їжі, які зазвичай супроводжуються іншими диспепсичними симптомами (нудота, блювання, печія, відрижка).
- 14. До патогенетичних механізмів розвитку ФД відносяться:**
- Дуоденостаз
  - Порушення гастродуоденальної моторики
  - Гастростаз
  - Підвищення кислотності шлункового вмісту
  - Зниження кислотності шлункового вмісту
- 15. Назвіть основні клінічні типи ФД**
- Виразкоподібна, дискінетична, неспецифічна ФД;
  - Неерозивна та ерозивна ФД,
  - Стравохідна та позастравохідна ФД,

- Д. Шлункова та кишечна;
  - Е. Всі вище перераховані
- 16. Характерною особливістю клініки ФД є:**
- А. Емоційна забарвленість скарг
  - В. Посилення під час їжі
  - С. Тривалий та пекучий характер болю
  - Д. Ірадіація болю по ходу стравоходу
  - Е. Біль натщесерце
- 17. Основний метод діагностики ФД це:**
- А. Психологічні тести
  - В. Дослідження секреторної функції шлунка
  - С. ФЕГДС
  - Д. Добове рН-моніторування
  - Е. Рентгеноскопія органів травлення
- 18. Для ФД характерне ?**
- А. Виразки стравоходу
  - В. Виразки шлунка
  - С. Анемія
  - Д. Відсутність морфологічних змін шлунка
  - Е. Метаплазія епітелію кардіального відділу шлунка
- 19. Диференційний діагноз слід проводити з:**
- А. ГЕРХ
  - В. Виразковою хворобою
  - С. Хронічним гастритом
  - Д. Раком шлунка
  - Е. Всіма переліченими хворобами
- 20. При лікуванні ФД можуть бути ефективними :**
- А. Плацебо
  - В. H<sub>2</sub>-блокатор гістамінових рецепторів
  - С. Прокінетики
  - Д. М-холінолітики
  - Е. Всі перераховані

### Ситуаційні завдання

1. Хворий 37 років скаржиться на біль у епігастрії, частіше під час сну, печію, які посилюється після вживання їжі. Об'єктивно: живіт безболісний при пальпації, печінка та селезінка не пальпуються. Який діагноз найбільш вірогідний?
  - А. Рак шлунка
  - В. Виразка шлунка
  - С. Хронічний гастрит
  - Д. Хронічний холецистит
  - Е. ГЕРХ
2. Хвора 21 року, вагітна (вагітність 30 тижнів) скаржиться на постійну печію, відрижку. До вагітності не хворіла. Чим скоріш за все можуть бути зумовлені дані прояви у хворої?
  - А. Зниженням функції антирефлюксного бар'єру
  - В. Зниженням кліренсу стравоходу
  - С. Підвищенням внутрішньочеревного тиску
  - Д. Порухенням спорожнювання шлунка
  - Е. Нездатністю слизової оболонки стравоходу протистояти дії вмісту шлунка, яке закидається до стравоходу
3. Хворий, який страждає на бронхіальну астму, скаржиться на напади задухи, які виникають при нахилах тулуба або в горизонтальному положенні. Ці прояви були розцінені ним як напади бронхіальної астми, але звичайні засоби купірування нападів не дали результатів. Чим можна пояснити дане явище?
  - А. Звиканням до засобів, що застосовуються
  - В. Потребою збільшити дозу засобів, що зазвичай використовуються
  - С. Наявністю поєднаної патології (ГЕРХ)
  - Д. Необхідністю змінити засіб для купірування нападу
  - Е. Необхідністю додати ще один засіб
4. Хворий скаржиться на печію та відрижку, утруднене проходження їжі по стравоходу. При обстеженні – тест Бернштейна позитивний. Для якого захворювання це характерно?
  - А. Виразка шлунка
  - В. Хронічний гастрит
  - С. Хронічний панкреатит
  - Д. ГЕРХ
  - Е. Діскінезія жовчного міхура
5. Хворий, 22 років, яка перебуває на обстеженні та лікуванні в гастроентерологічному відділенні, встановлено діагноз ГЕРХ. Комбінація яких груп препаратів найбільш ефективна для лікування?
  - А. Спазмолітики+антациди
  - В. Аналгетики+антациди
  - С. Антибактеріальні препарати+інгібітори протонної помпи
  - Д. Гепатопротекторні препарати+блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну
  - Е. Інгібітори протонної помпи+прокінетики
6. Хвора скаржиться на біль, що періодично виникає в надчревній ділянці під час сну та печію після прийому їжі. Об'єктивно: хвора має надмірну масу тіла. Ураження якого органу найбільш імовірно?
  - А. Шлунка

- В. Жовчного міхура**
- С. Підшлункової залози**
- Д. Кишечника**
- Е. Стравоходу**

7. Жінку доставлено в клініку з болем під мечоподібним відростком, який виник під час сну, супроводжувався нудотою та одноразовим блюванням з домішками крові. В анамнезі: скарги на печію протягом останнього року. Живіт бере участь у акті дихання, помірно болючий в епігастрії. Яка найбільш імовірна причина абдомінального болю?

- А. Інфаркт міокарда**
- В. Гострий гастрит**
- С. Гострий панкреатит**
- Д. Жовчна колька.**
- Е. ГЕРХ**

8. Хвора, 48 років, скаржиться на періодичний біль в епігастрії, який посилюється при нахилах тулуба, печію після вживання будь-якої їжі. Після прийом 20 мг рабепразолу на протязі першого дня ці симптоми зникли. Для якого захворювання характерна ця клінічна картина?

- А. Хронічний гастрит типу В**
- В. Виразкова хвороба 12-палої кишки**
- С. ГЕРХ**
- Д. Хронічний панкреатит**
- Е. Хронічний гепатит**

9. Чоловіку з шлунковою диспепсією проведена ФГДС, при якій виявлено стравохід Баррета. Для якого захворювання характерне це ускладнення?

- А. Виразкової хвороби шлунку**
- В. Хронічного гастриту типу А**
- С. Хронічного панкреатиту**
- Д. ГЕРХ**
- Е. Хронічного гепатиту**

10. У хворого при ФГДС виявлені множинні ерозії стравоходу. З яким захворюванням пов'язане їх виникнення?

- А. ГЕРХ неерозивна форма**
- В. ГЕРХ ерозивна форма**
- С. Хронічний гастрит типу А**
- Д. Жовчнокам'яна хвороба**
- Е. Виразкова хвороба шлунка**

11. Хворий 37 років скаржиться на біль у епігастрії, частіше під час сну, або після емоційного перевантаження, печію. Ці симптоми посилюються після вживання їжі. Об'єктивно: живіт безболісний при пальпації, печінка та селезінка не пальпуються. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Рак шлунка**
- В. Виразка шлунка**
- С. Хронічний гастрит**
- Д. Хронічний холецистит**
- Е. Функціональна диспепсія**

12. Хвора 21 року, вагітна (вагітність 30 тижнів) скаржиться на постійну печію, відрижку, безсоння, часті мігрені. До вагітності не хворіла. Чим скоріш за все можуть бути зумовлені дані прояви у хворої?
- A. Зниженням функції антирефлюксного бар'єру**
  - B. Зниженням кліренсу стравоходу**
  - C. Функціональною диспепсією**
  - D. Порушенням спорожнювання шлунка**
  - E. Нездатністю слизової оболонки стравоходу протистояти дії вмісту шлунка, яке закидається до стравоходу**
13. Хворий, який страждає на бронхіальну астму, скаржиться на напади задухи, які виникають при нахилах тулуба або в горизонтальному положенні, а також почуття раннього нгасичення після їжі, важкості та здуття в епігастрії. Ці прояви були розцінені ним як напади бронхіальної астми, але звичайні засоби купірування нападів не дали результатів. Чим можна пояснити дане явище?
- A. Звиканням до засобів, що застосовуються**
  - B. Потребою збільшити дозу засобів, що зазвичай використовуються**
  - C. Наявністю поєднаної патології**
  - D. Необхідністю змінити засіб для купірування нападу**
  - E. Необхідністю додати ще один засіб**
14. Хворий скаржиться на печію та відрижку, роздратованість, періодичний біль в епігастрії помірної інтенсивності без ірадіації, який зникає після їжі. При ФГДС – без патології. Для якого захворювання це характерно?
- A. Виразка шлунка**
  - B. Хронічний гастрит**
  - C. Хронічний панкреатит**
  - D. Функціональна диспепсія**
  - E. Діскінезія жовчного міхура**
15. Хворий, 22 років, яка перебуває на обстеженні та лікуванні в гастроентерологічному відділенні, встановлено діагноз Функціональна диспепсія, виразкоподібний варіант. Комбінація яких груп препаратів найбільш ефективна для лікування?
- A. Спазмолітики+антациди**
  - B. Аналгетики+антациди**
  - C. Антибактеріальні препарати+інгібітори протонної помпи**
  - D. Гепатопротекторні препарати+блокатори H2-рецепторів гістаміну**
  - E. Інгібітори протонної помпи+діосмектит**
16. Хвора скаржиться на біль, що періодично виникає в надчревній ділянці під час сну та печію після прийому їжі. Об'єктивно: хвора має надмірну масу тіла. Ураження якого органу найбільш імовірно?
- A. Шлунка**
  - B. Жовчного міхура**
  - C. Підшлункової залози**
  - D. Кишечника**
  - E. Стравоходу**
17. Жінку доставлено в клініку зі скаргами на біль під мечоподібним відростком помірної інтенсивності, який виникає під час сну, супроводжувався нудотою та іноді блювотою, зникає після прийому антацидів. В анамнезі: скарги на печію протягом останнього року. Живіт бере участь акті дихання, помірно болючий в

епігастрії. При обстеженні органічної патології не виявлено. Яка найбільш імовірна причина абдомінального болю?

- A. Інфаркт міокарда**
- B. Гострий гастрит**
- C. Гострий панкреатит**
- D. Жовчна колька.**
- E. Функціональна диспепсія**

**18.** Хвора, 48 років, скаржиться на періодичний біль в епігастрії без ірадіації, печію, які посилюються після вживання будь-якої їжі, мігрень та безсоння. Після прийом 20 мг рабепразолу на протязі перших двох днів ці симптоми зникли. Для якого захворювання характерна ця клінічна картина?

- A. Хронічний гастрит типу B**
- B. Виразкова хвороба 12-палої кишки**
- C. Функціональна диспепсія**
- D. Хронічний панкреатит**
- E. Хронічний гепатит**

**19.** Чоловіку, який скаржиться на безсоння через нічний біль в епігастрії, почуття швидкого насичення після їжі, переповнення шлунку та здуття живота, встановлений діагноз шлункової диспепсії. Для якого варіанту захворювання характерна ця клінічна картина?

- A. Виразковоподібний варіант**
- B. Дисмоторний варіант**
- C. Неспецифічний варіант**
- D. Все перераховане вірно**

**20.** У хворого при ФГДС виявлені множинні ерозії стравоходу. З яким захворюванням пов'язане їх виникнення?

- A. ГЕРХ неерозивна форма**
- B. ГЕРХ ерозивна форма**
- C. Хронічний гастрит типу A**
- D. Функціональна диспепсія**
- E. Виразкова хвороба шлунка**

### **ВІРНІ ВІДПОВІДІ**

#### **Початковий рівень знань**

<b>1. B</b>	<b>6. D</b>	<b>11. B</b>	<b>16. D</b>
<b>2. C</b>	<b>7. A</b>	<b>12. C</b>	<b>17. A</b>
<b>3. E</b>	<b>8. C</b>	<b>13. E</b>	<b>18. C</b>
<b>4. C</b>	<b>9. E</b>	<b>14. C</b>	<b>19. E</b>
<b>5. D</b>	<b>10. D</b>	<b>15. D</b>	<b>20. D</b>

**Кінцевий рівень знань**

<b>1. А</b>	<b>6. А</b>	<b>11. А</b>	<b>16. А</b>
<b>2. Е</b>	<b>7. С.</b>	<b>12. Е</b>	<b>17. С.</b>
<b>3. В</b>	<b>8. Д</b>	<b>13. В</b>	<b>18. Д</b>
<b>4. В</b>	<b>9. А</b>	<b>14. В</b>	<b>19. Е</b>
<b>5. А</b>	<b>10.А</b>	<b>15.А</b>	<b>20.А</b>

**Ситуаційні задачі**

<b>1. Е</b>	<b>6. Е</b>	<b>11. Е</b>	<b>16. Е</b>
<b>2. С</b>	<b>7. Е</b>	<b>12. С</b>	<b>17. Е</b>
<b>3. С</b>	<b>8. С</b>	<b>13. С</b>	<b>18. С</b>
<b>4. Д</b>	<b>9. Д</b>	<b>14. Д</b>	<b>19. С</b>
<b>5. Е</b>	<b>10. В</b>	<b>15. Е</b>	<b>20. В</b>

**Контрольні питання.**

1. Дати визначення терміна “ГЕРХ”.
2. Назвати етіологію і патогенез ГЕРХ.
3. Як класифікують ГЕРХ?
4. Назвіть стравохідні симптоми ГЕРХ.
5. Назвіть позастравохідні симптоми ГЕРХ.
6. Назвіть ускладнення ГЕРХ.
7. Назвіть основні методи діагностики ГЕРХ.
8. Яка мета проведення ендоскопії стравоходу? Ендоскопі критерії рефлюкс-езофагіту.
9. Які ознаки ГЕРХ можна виявити при рентгенологічному дослідженні?
10. Назвіть ознаки ГЕРХ, які можна виявити при добовій рН-метрії стравоходу.
11. Назвіть основні методи консервативного лікування ГЕРХ.
12. Назвіть етапи лікування ГЕРХ.
13. Назвіть показання до хірургічного лікування.
14. Дайте класифікацію функціональних гастродуоденальних розладів.
15. Дайте визначення синдрому функціональної диспепсії. Які скарги частіше мають хворі на диспепсію?
16. Клінічна картина виразковоподібної форми функціональної диспепсії.
17. Клінічна картина дискінетичної форми функціональної диспепсії.
18. Діагностичні критерії функціональної диспепсії.
19. Лікування функціональної диспепсії – загальні заходи.
20. Які фармакологічні засоби найбільш ефективні при лікуванні синдрому функціональної диспепсії?
21. Дати визначення терміна “гастрит”. Назвати Сіднейську класифікацію гастритів.
22. Критерії діагностики хронічного гастриту А, С.
23. Критерії діагностики хронічного гастриту В.
24. Методи діагностики хронічних гастритів.
25. Диференційний діагноз при хронічних гастритах.
26. Лікування атрофічного аутоімунного гастриту.
27. Сутність “потрійної терапії” при неатрофічному хронічному гастриті.
28. Сутність “квадротерапії” при хронічному неатрофічному гастриті В.
29. Лікування рефлюкс - гастриту.
30. Профілактика первинна і вторинна при хронічних гастритах.

**Практичні завдання.**

1. Провести курацію хворих з ГЕРХ, ФД та ХГ.
2. Дати інтерпритацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпритацію отриманим інструментальним методам дослідження.
4. Провести диференційний діагноз ГЕРХ, ФД та ХГ.
5. Назвати ускладнення ГЕРХ, ФД та ХГ.
6. Виписати рецепти щодо симптоматичної терапії захворювань.

**Протокол клінічного розбору хворого (єдина форма)**

П.І.П пацієнта \_\_\_\_\_  
Вік \_\_\_\_\_ професія \_\_\_\_\_

Скарги хворого \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anamnesis morbi**

Вважає себе хворим з \_\_\_\_\_, коли вперше з'явилися \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Останнє загострення з \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anamnesis morbi**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Результати фізикального обстеження хворого:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Попередній діагноз:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

**План обстеження:**

---

---

---

---

**Результати додаткових методів дослідження:**

---

---

---

---

---

**Обґрунтування клінічного діагнозу:**

---

---

---

---

---

---

**Клінічний діагноз:****Основне****захворювання** \_\_\_\_\_**Супутнє захворювання**

---

---

**Ускладнення**

---

---

**Лікування:**

1. Режим \_\_\_\_\_

2. Дієта \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. ....

**Література.****Базова**

1. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 1 /За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2008. – 1056 с.
2. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 2 /А.С.Свінцицький, Л.Ф.Конопльова, Ю.І.Фещенко та ін.; За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2009. – 1088 с.
3. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник. / А.С. Свінцицький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар та ін.; За ред. проф. А.С. Свінцицького. – ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с. + 16с. кольоров. вкл.
4. Інфекційні хвороби. Під редакцією Голубовської О.А.-Київ, ВСВ «Медицина».- 2014.- 783 с.
5. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
6. Наказ МОЗ України від 31.10.2013 р. № 943 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гастроєзофагеальній рефлюксії хворобі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба».
7. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 600 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при диспепсії». Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Диспепсія».
8. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 1. «Нова книга», 2009. – 640 с.
9. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 2. «Нова книга», 2009. - 784 с.
10. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 3. «Нова книга», 2010. - 1006 с.
11. Практикум з внутрішньої медицини: навч. пос. / К.М. Амосова, Л.Ф. Конопльова, Л.Л. Сидорова, Г.В. Мостбауер та ін. – К.: Український медичний вісник, 2012 р. – 416 с.

**Допоміжна**

1. Харченко Н.В., Бабак О.Я., Гастроентерологія. Підручник - К., 2007. – 720 с.

**13. Інформаційні ресурси**

сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 ХНМУ <http://www.vnmed3.kharkiv.ua/>, встановлене інформаційно-освітнє середовище Moodle на піддомен сайта <http://distance-training.vnmed3.kharkiv.ua>

Методична вказівка складена: доцентами О.І. Цівенко, О.В. Лахно, асистентами М.В. Куліковою, Ю.О. Шеховцовою

Методична вказівка переглянута і затверджена на засіданні кафедри:

З доповненнями (змінами) \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри

Л.В. Журавльова