

ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ДИСПЕПСІЄЮ

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

***Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ДИСПЕПСІЄЮ

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

***Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів***

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 2 від 21.02.2019.

**ХАРКІВ
ХНМУ
2019**

Ведення хворого з диспепсією (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами) : метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. О. Я. Бабак, Г. Ю. Панченко, М. І. Кліменко та ін. – Харків : ХНМУ, 2019. – 20 с.

Упорядники О. Я. Бабак
 Г. Ю. Панченко
 М. І. Кліменко
 Е. Ю. Фролова
 Л. І. Овчаренко
 В. І. Молодан
 М. О. Візір
 К. А. Лапшина

1. Кількість годин: аудиторна робота – 5, СРС – 3.

2. **Матеріальне та методичне забезпечення теми:** таблиці мультимедійні презентації, електрокардіограми, дані лабораторно-інструментальних методів дослідження.

3. **Обґрунтування теми.** Актуальним питанням є поширеність диспепсії, від якої страждає 30–40 % усього населення і яка в 4–5 % є причиною звертань пацієнтів до лікарів.

Згідно з Римськими критеріями III для функціональної диспепсії є характерною наявність щонайменше одного симптому (відчуття важкості після їжі, швидке насичення, епігастральний біль, відчуття печії в епігастрії) тривалістю не менше ніж 3 міс упродовж останніх 6 міс за відсутності органічних причин, якими можна було би пояснити виникнення захворювання.

4. Мета заняття

• Навчитися відрізняти основні симптоми органічної і функціональної диспепсії.

• Ознайомитися з дослідження методів, що використовуються для діагностики функціональної або органічної диспепсії.

• Навчитися проводити дослідження, інтерпретувати результати.

• Дізнатися, як призначити диференційне лікування функціональної або органічної диспепсії.

Конкретні цілі. Студент повинен знати:	Початковий рівень знань-умінь. Студент повинен вміти:
<ul style="list-style-type: none">• клінічні прояви диспепсії;• стандарти діагностики і диференційну діагностику у пацієнтів з диспепсією;• програму обстеження хворих з функціональною або органічною диспепсією;• тактику пацієнтів з диспепсією залежно від основної причини;• існуючі стандарти первинної і вторинної профілактики, лікування пацієнтів із диспепсією	<ul style="list-style-type: none">• проводити обстеження і медичний огляд пацієнтів з диспепсією;• оглядати пацієнта, інтерпретувати дані клініко-лабораторних досліджень хворого з диспепсією;• проводити диференційну діагностику;• призначати лікування, проводити первинну і вторинну профілактику розладу шлунка

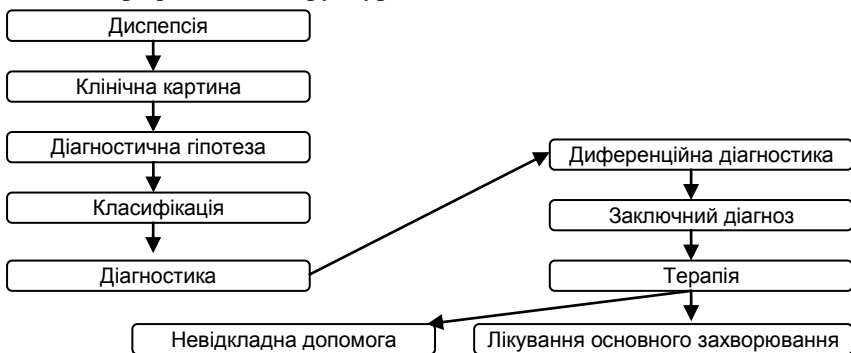
Перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти студент

1. Обстеження хворих з диспепсією.
2. Інтерпретація лабораторних даних.
3. Інтерпретація інструментальних даних, які дозволяють підтвердити або виключити диспепсії.
4. Інтерпретація даних додаткових методів дослідження, які дозволяють оцінити стан органів-мішеней.
5. Інтерпретація даних додаткових методів дослідження, які дозволяють уточнити діагноз диспепсії.
6. Відпрацювання схеми надання першої допомоги.
7. Виписка рецептів основних препаратів.

Матеріали для самостійної підготовки

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову шлунка	
Фізіологія	Фізіологію кровообігу, нервової та ендокринної систем	
Патофізіологія	Патогенетичні механізми розвитку диспепсії	
Пропедевтика внутрішньої медицини	Навички фізичного обстеження хворого, демонструвати вміння володіти ними	Діагностувати, інтерпретувати дані FEGDS, рентгенологічних досліджень
Фармакологія	Класифікацію, фармакокінетику і фармакодинаміку, показання та протипоказання для призначення лікарських препаратів	

5. Граф логічної структури теми



6. Орієнтована карта роботи студентів:

- критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
- вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;
- призначення лікування, виписування рецептів (знання механізмів дії ліків);
- вибір методу фізіотерапевтичного лікування;
- визначення прогнозу та працездатності хворого;
- визначення групи інвалідності;
- профілактика захворювання.

Зміст теми

Визначення диспепсії. Функціональна диспепсія. Синдром диспепсії (від грец. *Dys* – порушення, *peptein* – перетравлювати) визначається як симптоми, пов'язані з гастродуоденальною ділянкою, за відсутності будь-

яких органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б пояснити ці прояви (Римський III Консенсус, 2006).

Функціональна диспепсія – симптомокомплекс функціональних порушень, що включає в себе відчуття болю або дискомфорту в епігастральній ділянці, тяжкість, почуття переповнення після їжі, раннє насичення, здуття живота, нудоту, блювання, відрижку, печію та інші ознаки, при яких не вдається виявити органічних захворювань (тобто диспепсія без певної біохімічної або морфологічної причини).

Функціональна диспепсія у гастроентерологічній практиці виявляється в 20–50 % випадків, при цьому у більшій частини хворих поєднується з хронічним гастритом. Ризик появи функціональної диспепсії пов'язують не тільки з порушенням дієти, але й із застосуванням хворими нестероїдних протизапальних препаратів, а також і з такими, здавалося б, "нетрадиційними" факторами, як низький освітній рівень, оренда житла, відсутність центрального опалення, подружнє життя. У деяких хворих поява симптомів диспепсії може бути пов'язана з тютюнопалінням і навіть з психологічними порушеннями.

Для функціональної диспепсії вважається характерним відсутність будь-яких помітних шлунково-кишкових (включаючи і стравохід) уражень.

Органічна диспепсія має місце у хворих зі встановленою органічною або метаболічною причиною диспептичних симптомів. Якщо основне захворювання, яке є причиною диспепсії, виліковується або його вираженість зменшується, то диспептичні явища також зникають або зменшуються.

Загальновідомо, що до причин органічної диспепсії слід віднести пептичну гастродуоденальну виразку, калькульозний і некалькульозний холецистити, панкреатит, дифузні ураження, рефлюкс-езофагіт, саркому, лімфоматоз шлунка та ін.

Симптоми диспепсії та їх визначення

Епігастральний біль суб'єктивно сприймається як неприємне відчуття в надчеревній ділянці (розташована між пупком і мечоподібним відростком груднини, з боків обмежена серединно-ключичною лінією). Деякі пацієнти можуть відчувати ніби "пошкодження тканин".

Епігастральне печіння – неприємне суб'єктивне відчуття жару в епігастральній ділянці.

Інші симптоми можуть турбувати хворого, але не визначатися ним як біль. При розпитуванні пацієнта необхідно відрізнити біль від почуття дискомфорту, яке при детальному розпитуванні може включати в себе симптоми, зазначені нижче.

Раннє насичення – відчуття швидкого наповнення шлунка після початку їжі, непропорційно обсягу з'їденої їжі, у зв'язку з чим неможливо з'їсти їжа до кінця.

Відчуття повноти після їжі – неприємне, подібне до тривалого відчуття знаходження їжі в шлунку. Про органічну диспепсію говорять у тих випадках, коли в процесі обстеження хворого виявляються такі захворювання, як гастрит, виразка шлунка і 12-палої кишки, пухлини шлунка, жовчнокам'яна хвороба, хронічний панкреатит та ін.

Якщо при ретельно проведеному діагностичному пошуку зазначені захворювання вдається виключити, то ці пацієнти (в тих випадках, коли диспептичні скарги тривають у цілому протягом року не менше 12 тиж) розглядаються як ті, що страждають на синдром функціональної диспепсії.

Співвідношення понять "хронічний гастрит" і "функціональна диспепсія".

Диспепсія характеризується відповідною клінічною картиною: болем, печінням або дискомфортом в епігастральній ділянці і симптомами, що виникають після їжі (постпрандіальними). Функціональна диспепсія передбачає відсутність даних про органічну патологію (включаючи фіброгастроскоп та гістологічне дослідження біопсійного матеріалу зі шлунка), яка могла б пояснити виникнення цих симптомів.

Хронічний гастрит – поняття морфологічне. Гастрофіброскопія дозволяє оцінити слизову оболонку шлунка макроскопічно на предмет наявності на ній ерозивно-виразкових уражень, новоутворень з ендofітним (у просвіт шлунка) зростанням. Однак за макроскопічним станом слизової оболонки неможливо зробити достовірні висновки щодо наявності хронічного гастриту.

При мікроскопічному дослідженні матеріалу біопсії зі шлунка, взятого під час гастрофіброскопії, можуть бути виявлені ознаки хронічного гастриту. Ознаки запалення і ступінь його активності визначаються за наявністю і ступенем інфільтрації слизової оболонки шлунка нейтрофільними лейкоцитами і лімфоцитами. Наявність і ступінь атрофії шлункових залоз, метapлазії в слизову оболонку шлунка клітин кишкового епітелію, дисплазії клітин епітелію шлунка, а також наявність і ступінь контамінації в слизову оболонку шлунка хелікобактера пілорі визначається при морфологічному дослідженні біоптату фахівцем-морфологом. Саме ці ознаки дозволяють остаточно і достовірно встановити діагноз "хронічний гастрит".

При проведенні порівняльного аналізу диспептичних скарг пацієнта, об'єктивного, інструментального та морфологічного обстеження його шлунка не виявляється кореляції між гістологічною, ендоскопічною і клінічною картиною. Таким чином, у пацієнта з яскраво вираженими клінічними ознаками диспепсії може мати місце нормальна гістологічна картина слизової оболонки шлунка. І навпаки: у пацієнта з гістологічно доведеним високоактивним гастритом може не бути жодних суб'єктивних відчуттів диспепсії.

Встановлено, що хронічний гастрит із хелікобактером пілорі дійсно часто виявляється у хворих із синдромом функціональної диспепсії. При цьому ерадикація хелікобактера пілорі призводила до зменшення вираженості запальних змін слизової оболонки шлунка, але в більшості випадків не сприяла усуненню диспептичних розладів.

Класифікація диспепсії

Розрізняють бродильну, гнильну і жирову диспепсію.

Бродильна диспепсія пов'язана з надмірним вживанням вуглеводів (цукру, меду, борошняних продуктів, фруктів, винограду, гороху, бобів, капусти та ін.), а також бродильних напоїв (квасу), в результаті чого в кишечнику створюються умови для розвитку бродильної флори.

Гнильна диспепсія виникає при переважному вживанні в їжу білкових продуктів, особливо баранячого, свинячого м'яса, яке повільніше перетравлюється в кишечнику. Іноді гнильна диспепсія виникає внаслідок використання несвіжих м'ясних продуктів.

Жирова диспепсія обумовлена надмірним вживанням повільно перетравлюваних, особливо тугоплавких, жирів (свинячого, баранячого). Порушення рухової функції травного тракту (прискорення пасажу хімусу) ускладнює нормальне травлення і сприяє розвитку диспепсії.

Перш за все, необхідно визначити місце функціональної диспепсії серед усіх функціональних шлунково-кишкових розладів. Римський III Консенсус 2006 р. наступним чином класифікує функціональні шлунково-кишкові розлади.

1. Функціональні розлади стравоходу.
2. Функціональні гастродуоденальні розлади:
 - функціональна диспепсія;
 - розлади, пов'язані з відрижкою;
 - нудота і блювання;
 - румінаційний синдром.
3. Синдром функціонального абдомінального болю.
4. Функціональні розлади кишечника.
5. Функціональні розлади жовчного міхура і сфінктера Одді.
6. Функціональні аноректальні розлади.
7. Функціональні розлади:
 - новонароджені і діти молодшого віку;
 - діти та підлітки.

При цьому для функціональних шлунково-кишкових розладів визначені деякі загальні властивості:

- відсутні структурні зміни органів;
- як правило, в основі захворювання лежать порушення моторики шлунково-кишкового тракту.

На підставі скарг, анамнезу, фізикальних методів обстеження попередній діагноз може звучати як "диспепсія необстежена", що в подальшому вимагає лабораторних методів обстеження для уточнення її генезу.

Диспептичні скарги хворого в результаті обстеження можуть бути пов'язані з наявністю органічної патології (гастрит, гастродуоденальна виразка, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, пухлина шлунка, панкреатобіліарна патологія, побічна дія ліків). Тоді лікар розглядає диспепсію як органічну і встановлює діагноз відповідної нозологічної форми.

У тому ж випадку, коли в результаті обстеження не знаходять будь-яких органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б пояснити ці диспептичні прояви, лікар має справу з ідеопатичною або функціональною диспепсією. Фактично фіброгастродуоденоскопія забезпечує перехід необстеженої диспепсії в обстежену.

Клінічна класифікація диспепсії

(Римський III Консенсус, 2006 р.)

А. 1. Необстежена диспепсія.

2. Обстежена диспепсія.

Б. 1. Органічна:

– гастродуоденальна виразка;

– ГЕРХ;

– пухлина шлунка;

– панкреатобіліарна патологія;

– побічна дія ліків.

2. Ідіопатична або функціональна: немає змін, які могли б пояснити наявні симптоми.

Римський III Консенсус пропонує виділяти в клініці диспепсії дві групи симптомів: диспептичні симптоми, викликані прийомом їжі (постпрандіальні) і болі в епігастрії.

Класифікація функціональної диспепсії

1. Постпрандіальний дистрес-синдром (раніше – дискінетичний варіант функціональної диспепсії).

2. Епігастральний больовий синдром (раніше – виразкоподібний варіант функціональної диспепсії).

Римський III Консенсус визнає можливість поєднання двох субтипів функціональної диспепсії у одного пацієнта одночасно, але абсолютно відкидає змішаний варіант диспепсії за Римськими критеріями II.

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

Клінічні прояви функціональної диспепсії найчастіше відповідають основним її класифікаційними формам.

Диспепсія характеризується наступними симптомами.

Епігастральний біль, епігастральне печіння – біль, печія, скарги по-стійні або періодично рецидивні, що посилюються натщесерце.

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

Симптоми, які не відносяться до функціональної диспепсії: здуття (неприємне відчуття у верхній частині живота); нудота (відчуття потреби в блюванні), печія (відчуття печіння за грудниною).

Римський III Консенсус наводить такі діагностичні критерії функціональної диспепсії, які повинні включати наступне:

1) одну ознаку або більше:

- неприємне відчуття повноти після їжі;
- швидке насичення;
- епігастральний біль;
- епігастральне печіння.

2) відсутність даних щодо органічної патології (включаючи фіброгастроскоп), яка могла б пояснити виникнення симптомів.

Відповідність критеріям має дотримуватися протягом не менше трьох останніх місяців з початком проявів не менше 6 міс перед діагностикою.

Діагностичні критерії постпрандіального дистрес-синдрому повинні включати один або обидва з наведених нижче:

1) непокоїть відчуття повноти після їжі, що виникає після прийому звичайного об'єму їжі, принаймні кілька разів на тиждень;

2) швидке насичення, в зв'язку з чим неможливо з'їсти звичайну їжу до кінця, принаймні кілька разів на тиждень.

Відповідність критеріям має дотримуватися протягом не менше трьох останніх місяців з початком проявів не менше 6 міс перед діагностикою.

Критерії, що підтверджують постпрандіальний дистрес-синдром:

1) може бути здуття у верхній частині живота, нудота після їжі або надмірна відрижка;

2) епігастральний больовий синдром може бути відсутнім.

Діагностичні критерії синдрому епігастрального болю повинні включати всі з наведених нижче:

1) біль або печіння, локалізовані в епігастрії, як мінімум помірної інтенсивності з частотою не менше одного разу на тиждень;

2) біль періодичний;

3) біль не генералізований або локалізується в інших відділах живота або грудної клітки;

- 4) відсутнє поліпшення після дефекації або відходження газів;
- 5) немає відповідності критеріям розладів жовчного міхура і сфінктера Одді.

Критерії, що підтверджують синдром епігастрального болю:

- 1) біль може бути пекучим, але без ретростернального компонента;
- 2) біль зазвичай з'являється або, навпаки, зменшується після прийому їжі, але може виникати і натщесерце;
- 3) може бути присутній постпрандіальний дистрес-синдром.

Діагностика і диференційна діагностика. Важливу роль при проведенні диференційної діагностики у випадках синдрому диспепсії грає своєчасне виявлення т.зв. "симптомів тривоги" або "червоних прапорів", до яких, зокрема, відносяться дисфагія, блювання з кров'ю, мелена, лихоманка, невмотивоване схуднення, анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, виникнення симптомів диспепсії в літньому віці та ін. Виявлення у хворого хоча б одного з поданих нижче "симптомів тривоги" ставить під сумнів наявність у нього ФД і вимагає проведення ретельного обстеження з метою пошуку серйозного органічного захворювання.

Таким чином, діагностика функціональної диспепсії передбачає перш за все виключення органічних захворювань, що протікають з аналогічними симптомами. Такими захворюваннями найчастіше виявляються гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, виразкова хвороба, рак шлунка, жовчнокам'яна хвороба, хронічний панкреатит. Крім того, симптомокомплекс, властивий диспепсії, може зустрічатися при ендокринних захворюваннях (наприклад, діабетичному гастропарезе), системній склеродермії, вагітності. При проведенні диференційної діагностики обов'язково враховуються клініко-анамнестичні дані.

У ряді випадків синдром функціональної диспепсії доводиться диференціювати з іншими функціональними порушеннями шлунка – аерофагією і функціональним блюванням.

Аерофагія визначається як повторна відрижка, обумовлена заковтуванням повітря, яка завдає хворому занепокоєння і відзначається ним протягом не менше 12 тиж упродовж року. Діагноз зазвичай ставиться на підставі анамнезу і об'єктивного підтвердження наявності підвищеного заковтування повітря. Хворі, які страждають від аерофагії, вимагають обов'язкової консультації психіатра для виключення депресії і підвищеної тривоги.

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

Клініко-анамнестичні ознаки СФД, органічні захворювання.

Тривалість захворювання: значна, невелика.

Виразність скарг: мінлива, постійна.

Локалізація болю: дифузна, мінлива, обмежена.

Втрата маси тіла (+) ++.

Зв'язок виникнення скарг зі стресовими ситуаціями +++ –.

Зв'язок з прийомом їжі та її якістю (+) ++.

Скарги порушують нічний сон (+) ++.

Інші функціональні вегетативні скарги:

– з боку шлунково-кишкового тракту +++ +;

– з боку інших органів +++ (+).

Алгоритм діагностики та диференційної діагностики необстеженої диспепсії

Діагностика

Фізикальні методи обстеження:

- опитування – виявлення клінічних симптомів захворювання;
- огляд – незначне зниження маси тіла, болючість при пальпації в епігастральній ділянці, пілородуоденальній зоні.

Лабораторні дослідження:

– обов'язкові:

- загальний аналіз крові – помірно виражена анемія, або без відхилень від норми;
 - загальний аналіз сечі;
 - глюкоза крові і сечі;
 - аналіз калу на приховану кров – відсутність прихованої крові в калі;
 - аналіз мікрофлори калу – ознаки дисбіозу;
- при наявності показань:
- печінковий комплекс;
 - нирковий комплекс.

Інструментальні та інші методи діагностики:

– обов'язкові:

- ЕГДС з біопсією з подальшим морфологічним дослідженням біоптатів – для правомочності встановлення діагнозу "гастрит", відповідно до вимог Сіднейської системи;
- індикація Н. рулогі – для призначення етіопатогенетичної терапії;
- хромоендоскопія шлунка – для раннього виявлення ділянок дисплазії епітелію слизової оболонки шлунка;
- рентгеноскопія – для визначення моторно-евакуаторної функції шлунка і ДПК;
- інтрагастральна рН-метрія – для визначення кислотоутворюючої функції шлунка;
- УЗД органів травлення для виявлення супутньої патології.

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

– клінічний аналіз крові: виявлення/виключення анемії як ознаки аутоімунного гастриту, шлунково-кишкової кровотечі (ерозії, виразка, пухлина);

– дослідження калу на приховану кров;

– біохімічні показники крові, що відображають функціональний стан печінки (тимолова проба трансамінази, білірубін, холестерин, альбумін), нирок (креатинін), а також кальцій і глюкоза крові;

– оцінка функціонального стану печінки або нирок, виявлення/виключення порушень обміну речовин, наприклад, цукрового діабету;

– дихальний тест із C13 сечовиною, імуносорбентний аналіз для визначення в крові специфічних антитіл, каловий антигенний тест;

– неінвазивна (що не вимагає втручання в організм пацієнта) діагностика *Helicobacter pylori* інфекції;

– ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки з біопсією (отриманням шматочка) слизової оболонки для гістологічного дослідження і проведення швидкого уреазного тесту;

– діагностика захворювань стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, *Helicobacter pylori* інфекції; непряма оцінка процесу спорожнення шлунка;

– рентгеноконтрастне дослідження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки; діагностика захворювань стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки; оцінка процесу спорожнення шлунка;

– ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, ЯМР-томографія печінки, жовчного міхура, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, нирок; діагностика захворювань зазначених органів, як можливої причини диспепсії.

Крім зазначених методів дослідження, для діагностики власне порушення спорожнення шлунка можуть застосовуватися шкірна і внутрішньошлункова електрогастрографія, радіоізотопне дослідження з використанням спеціального ізотопного сніданку. В даний час ці методи використовуються переважно в наукових цілях, тоді як в повсякденній клінічній практиці їх застосування досить обмежене. Також застосовується відеокапсульна ендоскопія, що дозволяє ефективно діагностувати тонкокишкову патологію.

Відеокапсульна ендоскопія стала першим безболісним методом якісної візуалізації всієї тонкої кишки, який не вимагає опромінення і седації пацієнтів і характеризується високим рівнем безпеки.

У даний час на підставі принципів доказової медицини розроблена стратегія ведення хворих, які вперше звернулися з диспептичними скаргами, що вимагає дотримання наступних пунктів:

- необхідність отримання доказів зв'язку симптомів з верхніми відділами шлунково-кишкового тракту;
- виключити "симптоми тривоги", які вимагають сумлінного дообстеження пацієнтів, із метою виявлення більш важкої прихованої патології;
- виключити прийом ацетилсалцилової кислоти або інших нестероїдних протизапальних засобів;
- при наявності типових рефлюксних симптомів необхідно поставити попередній діагноз ГЕРХ і призначити лікування;
- доцільним є неінвазивне визначення *H. pylori*, при позитивній відповіді необхідно провести ерадикацію *helicobacter pylori* – стратегія "test and treat";
- хворим із "симптомами тривоги" або в віці старше 40–45 років обов'язкова ЕГДС.

Зазначені принципи лягли в основу останніх алгоритмів ведення пацієнтів з ФД, які були розроблені міжнародною групою експертів за участю російських фахівців, обговорених і запропонованих до використання на міжнародній конференції з питань гастроентерології та гепатології, що проходила в січні 2010 р. у Таїланді. Так, для лікарів загальної практики було запропоновано дещо спрощений алгоритм ведення хворого з ФД.

Диференційний діагноз проводять з органічними захворюваннями системи травлення – атрофічним гастритом з секреторною недостатністю, хронічним панкреатитом з недостатністю функції підшлункової залози, хронічним ентеритом, ентероколітом та іншими хворобами, нерідко з синдромом диспепсії.

Встановленням факту нераціонального харчування хворих при відсутності змін секреторної функції і морфології органів травлення підтверджують функціональний (аліментарний) характер диспепсії. Швидко усунення симптомів диспепсії при нормалізації харчування хворих також підтверджує діагноз.

Диференційний діагноз необхідно також проводити з інфекційними паразитарними ентероколітами і колітом (бацилярним, амебною дизентерією та ін.). У цих випадках мають значення відповідний епідеміологічний анамнез, порушення загального стану хворих (лихоманка, спастичний біль у животі, тенезми), дані ректороманоскопії (запальний процес), виявлення сапмонел, шигел, ентамеби і їх цист, лямблій, балантидій та інших збудників в екскрементах або в зскрібку слизової оболонки прямої кишки, взятому під час ректороманоскопії.

Лікування функціональної диспепсії має бути комплексним і включати спільні заходи та лікарську терапію.

Перед початком медикаментозної терапії необхідно провести наступні заходи:

- інформаційний вплив (роз'яснювальні бесіди, нормалізація способу життя);

– рекомендації щодо дієти (зниження кількості споживаної їжі з обмеженням жирів, кави, алкоголю, відмова від куріння; при ранньому насиченні і здутті живота після їжі досить відчутну користь приносить прийом їжі малими порціями до 6 разів на день).

Медикаментозна терапія будується з урахуванням наявного у хворого клінічного варіанту функціональної диспепсії:

Зниження кислотопродукції є надійною першою лінією лікування. При функціональній диспепсії з епігастральним болем використовуються антацидні та антисекреторні препарати (H₂-блокатори або блокатори протонного насоса: фамотидин (Квамател) – 20 мг 1–2 рази на добу 4–6 тиж; омепразол 20–40 мг, лансопразол 30–60 мг, пантопразол 40–80 мг, рабепразол 20–40 мг 1–2 рази на добу 4–6 тиж; езомепразол 20–40 мг 1–2 рази на добу 4–6 тиж. Можуть призначатися солі вісмуту 4 рази на добу 4–8 тиж: колоїдний субцитрат вісмуту (де-нол) 120 мг.

У частини пацієнтів (приблизно у 20–25 %) з функціональною диспепсією з епігастральним болем може виявитися ефективною ерадикаційна антихелікобактерна терапія. Як аргумент на користь її проведення висувається та обставина, що навіть якщо вона і не призведе до зникнення диспептичних розладів, то все одно знизить ризик можливого виникнення гастродуоденальної виразки. У лікуванні хворих з постпрандіальним синдромом функціональної диспепсії основне місце відводиться призначенням прокінетиків, таких як блокатори дофамінових рецепторів (метоклопрамід і мотиліум), агоністи серотоніну -5-HT₄-рецепторів – мозаприд (мозакс).

Призначають 3–4 рази на добу перед прийомом їжі 3–4 тиж мотиліум 10–20 мг, мозаприд (мозакс) 5–10 (20) мг. Зниження тривожності купірують антидепресанти: пароксетин (Рексетин) 20 мг на добу протягом 1–2 тиж. При гастритах (гастродуоденітах) з синдромом диспепсії симптоматичне лікування включає домперидон (мотиліум) 10 мг або цизаприд (координакс та ін.) 5 мг за 15 хв до їди 3–4 рази на день.

Основний курс – протягом 2 тиж і далі прийом прокінетика і антацида "на вимогу".

Прогноз. Профілактика диспепсії

Прогноз, як правило, сприятливий. Однак в ряді випадків диспепсія сприяє розвитку ентериту, коліту, дистрофічних змін печінки.

Первинна профілактика включає режим і якість харчування, відмову від шкідливих звичок, обстеження на гельмінтози, санацію порожнини рота, мінімізацію впливу професійних шкідливих умов, дотримання гігієнічних правил.

Вторинна профілактика передбачає дієтичне харчування відповідно до особливостей функціонального стану шлунка, підвищення фізичної активності, загартовування, прийом вітамінів, адаптогенів. Працездатність хворих з синдромом диспепсії зберігається.

8. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. Хворий 51 р. скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї і епігастрії, нудоту, зниження апетиту протягом останніх 6 міс. В анамнезі виразкова хвороба шлунка. Об'єктивно: маса тіла знижена. Пульс – 70 уд/хв, АТ – 120/70 мм рт. ст. Розлита болючість і резистентність м'язів в епігастрії при пальпації. Над лівою ключицею пальпується щільний лімфатичний вузол розмір 1x1 см. Який метод дослідження найбільш достовірний?

A. рН-метрія.

B. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

C. Езофагогастродуоденоскопія з біопсією.

D. Уреазний тест.

E. Рентгенографія шлунка.

2. Хворий 55 років скаржився на здуття і бурчання в животі, підвищене відходження газів, рідкі випорожнення пінистого характеру з кислим запахом, які з'являються після вживання страв на молоці. Як називається даний симптомокомплекс?

A. Синдром жирової диспепсії.

B. Синдром гнильної диспепсії.

C. Синдром бродильної диспепсії.

D. Синдром дискінезії.

E. Синдром мальабсорбції.

3. У чоловіка 42 років, який протягом 20 років страждає на виразку 12-палої кишки, з'явилося постійне відчуття тяжкості в шлунку після їжі, відрижка тухлим, блювання прийнятою напередодні їжею, схуднення. Об'єктивно: стан відносно задовільний, тургор тканини знижений. Живіт при пальпації м'який, симптомів подразнення очеревини немає, "шум плескоту" в епігастрії. Випорожнення 1 раз на 3 дні. Яке ускладнення найбільш відповідає стану хворого за даною клінічною картиною?

A. Ракова пухлина шлунка.

B. Прихована перфорація шлунка.

C. Виразковий стеноз вихідного відділу шлунка.

D. Пенетрація виразки.

E. Хронічний панкреатит.

4. Хворого 36 років турбує неприємний присмак у роті, відрижка повітрям, поганий апетит, тяжкість в епігастрії, нестійкі випорожнення, схуднення. Хворіє 10 років. Об'єктивно: блідість шкіри, при пальпації в епігастрії помірний розлитий біль. У крові: гемоглобін 110 г/л, є антитіла до парієтальних клітин і гастромукопротеїн. Ваш попередній діагноз?

A. Хронічний гастрит, тип А.

B. Хронічний гастрит, тип В.

C. Рак шлунка.

D. Хронічний панкреатит.

E. Хронічний холецистит.

5. Хворий 53 років поступив у терапевтичне відділення зі скаргами на загальну слабкість. Напередодні було блювання з домішками крові, вранці затримується випорожнення. З анамнезу відомо, що протягом останніх 6 міс спостерігалися виражена слабкість, втрата апетиту, відрижка повітрям, відчуття тяжкості в епігастрії, там же спостерігався тупий біль після прийому їжі. Відзначає різке схуднення протягом останніх місяців. При огляді: блідість шкірних покривів, язик покритий коричневим нальотом. Пульс 90 уд/хв, ритмічний. АТ – 90/60 мм рт. ст. При пальпації живота – болючість в епігастрії. Печінка і селезінка не збільшені. Який попередній діагноз можна поставити?

А. Хронічний ентероколіт.

В. Виразкова хвороба.

С. Хронічний гастрит.

Д. Рак шлунка, ускладнений кровотечею.

Е. Залізодефіцитна анемія.

6. Хворий 24 років останнім часом відзначає біль в епігастральній ділянці та печію, які посилюються після нервових перенапружень. Обстеження не виявили органічних змін у шлунку і 12-палій кишці, за винятком підвищеної базальної кислотності (ВАО 8 мг-екв/л; N 2–4) і підвищеної кислотності шлункового соку в 1 порції – 135 мл (N 50–100). Який з наведених діагнозів ви поставите пацієнту?

А. Хронічний гастрит, пангастрит із підвищеною секрецією.

В. Хронічний гастрит типу В із підвищеною секрецією.

С. Невиразкова шлункова диспепсія.

Д. Хронічний гастрит, рефлюкс-гастрит.

Е. Хронічний гастродуоденіт у фазі загострення, ерозивний бульбит.

7. Пацієнтка 37 років тривалий час хворіє на хронічний гастрит зі зниженою секрецією, хронічну анемію. При обстеженні виявлено аутоімунний фундальний гастрит типу А. Звернулася до лікаря під час загострення зі скаргами на біль і важкість у шлунку, слабкість, запаморочення. Нв – 90 г/л, ВАО – 0,8 мг-екв/л, SAO – 4 мг-екв/л. Яке лікування найбільш ефективно для хворої?

А. Дієта I, гастроцепін, плантаглюцид, препарати заліза.

В. Дієта I, гастроцепін, альмагель, еуфілін. Препарати заліза, червоне м'ясо.

С. Дієта I, Но-шпа, натуральний шлунковий сік, препарати заліза.

Д. Санаторно-курортне лікування в санаторіях гастроентерологічного профілю.

Е. Стаціонарне лікування із застосуванням інфузійної загальнозміцнюючої терапії.

8. Хвора 63 років скаржиться на відчуття важкості в епігастрії, поганий апетит, нудоту, відрижку тухлим, здуття живота. Об'єктивно: язик щільно обкладений, дифузна болючість в епігастрії. ЕФГДС: блідість, стоншеність, слизова оболонка згладжена, рН-метрія – 3,0. Рентгенологічно: уповільнена перистальтика, прискорена евакуація контрастної речовини, гіпотонія. Ваш діагноз?

А. Хронічний гіпертрофічний гастрит (хвороба Менетріє).

В. Хронічний гастрит із секреторною недостатністю.

С. Хронічний гастрит із нормальною секреторною функцією.

Д. Хронічний гастрит із підвищеною секреторною функцією.

Е. Хронічний гранулематозний гастрит.

9. Хворий скаржиться на біль в епігастральній ділянці, нудоту, слабкість, запаморочення, одноразове блювання, відчуття переповнення в шлунку. Шкіра бліда, язик обкладений блідо-сірим нальотом, відзначається гіперсалівація. При пальпації – болючість в епігастральній ділянці. Пульс 100 уд/хв, АТ – 100/60 мм рт. ст. З анамнезу відомо, що вчора відвідав кафе. Ваш попередній діагноз?

А. Гострий гастрит.

В. Виразкова хвороба шлунка.

С. Виразкова хвороба 12-палої кишки.

Д. Хронічний гастрит.

Е. Гострий панкреатит.

10. Чоловік 67 років скаржиться на втрату апетиту, відчуття тяжкості і розпирання в епігастральній ділянці після прийому їжі, відрижку повітрям або їжею з затхлим запахом, нудоту. При дослідженні шлункової секреції виявлено ахілію. При проведенні ЕФГДС: слизова оболонка стоншена, під нею спостерігається судинний малюнок. Найбільш ймовірний діагноз?

А. Хронічний дискінетичний коліт.

В. Рак шлунка.

С. Атрофічний гастрит.

Д. Хронічний гастродуоденіт.

Е. Гастрит з кишковою метаблазією.

11. Хворий 56 років скаржиться на дискомфорт в епігастрії після їжі, відрижку, поганий апетит, невелике схуднення, втомлюваність. Курить, алкоголем не зловживає. Об'єктивно: блідість слизових. АТ – 110/70 мм рт. ст. Язик "лакований". Живіт м'який, чутливий в епігастрії. Аналіз крові: Е – 3,0 Т/л, Нь – 110 г/л, КП = 1,1; макроцитоз, Л – 5,5 г/л, ШОЕ = 13 мм/год. При ФГДС – атрофія слизової фундального відділу. Який патогенез даного захворювання?

*А. Персистування *H. pylori*.*

В. Дія аліментарного фактора.

С. Дія хімічного фактора.

Д. Гастропатична дія.

Е. Утворення антитіл до парієнтальних клітин.

12. Хворий 43 років протягом 7 років скаржиться на періодичний біль у надчеревній ділянці, відрижку повітрям, їжею. Ендоскопічно: блідість слизової оболонки, множинні подушкоподібні виступи слизової оболонки, що легко розправляються повітрям. Ваш діагноз?

А. Рак стравоходу.

В. Хронічний атрофічний гастрит.

С. Поліпозний гастрит.

Д. Виразкова хвороба.

Е. Гіпертрофічний гастрит.

13. Хворий 65 років скаржиться на тяжкість в епігастрії після прийому їжі, поганий апетит, нудоту, пронос. Об'єктивно: Пульс 60 уд/хв, задовільних властивостей. Діяльність серця ритмічна, тони збережені. Дихання везикулярне. Хворий трохи зниженого харчування. Живіт м'який, чутливий в епігастрії. Нижня межа шлунка на рівні пупка. Печінка не пальпується. Відділи товстого кишечника без патологічних змін. Які вікові зміни можуть бути виявлені при проведенні ЕГДС?

А. Атрофія складок шлунка і гіперемія слизової оболонки.

В. Гіпертрофія складок шлунка і гіперемія слизової оболонки.

С. Гіпертрофія складок шлунка, точкові ерозії.

Д. Гіпертрофія складок шлунка, множинні ерозії.

Е. Розширення і звивистість складок шлунка.

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7
<i>С</i>	<i>С</i>	<i>С</i>	<i>А</i>	<i>Д</i>	<i>С</i>	<i>В</i>
8	9	10	11	12	13	
<i>В</i>	<i>А</i>	<i>С</i>	<i>Е</i>	<i>Е</i>	<i>А</i>	

Література

1. Внутрішня медицина: підручник: у 3 т. / К. М. Амосова, О. Я. Бабака, В. М. Зайцева та ін.; за ред. К. М. Амосової. – Київ : Медицина, 2015. – Т. 1. – 1056 с. + 10 с. кол. вкл.
2. Алгоритми діагностично-лікувальних навичок та вмій з внутрішніх хвороб для лікаря загальної (сімейної) практики : посібник / В. І. Кривенко, С. П. Пахомова, В. Г. Єремєєв та ін. – Запоріжжя, 2014. – 360 с.
3. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – Київ, 2015. – Т. III. – 1304 с.
4. Практикум з внутрішньої медицини : навч. посібник / К. М. Амосова, Л. Ф. Конопльова, Л. Л. Сидорова та ін. – Київ : Український медичний вісник, 2016. – 416 с.
5. Раціональна діагностика та фармакотерапія захворювань внутрішніх органів / за ред. О. Я. Бабака // Довідник лікаря "Сімейний лікар, терапевт". – Київ : ТОВ "Доктор-Медіа", 2011. – 586 с.
6. Раціональна діагностика та фармакотерапія захворювань органів травлення: довідник / за ред. О. Я. Бабака. – Київ : "Здоров'я України", 2017 – 3-е вид., перероб. і доп. – 354 с.
7. Раціональна діагностика та фармакотерапія захворювань внутрішніх органів: навч. посіб. : в 2 т. / за ред. О. Я. Бабака // Довідник лікаря "Сімейний лікар, терапевт". – Київ : ТОВ "Доктор_Медіа", 2011 – Т. I. – 618 с.
8. Раціональна діагностика та фармакотерапія захворювань внутрішніх органів: навч. посіб. : в 2 т. / за ред. О. Я. Бабака // Довідник лікаря "Сімейний лікар, терапевт". – Київ: ТОВ "Доктор_Медіа", 2011 – т. II. – 454 с.
9. Свінціцький А. С. Діагностика та лікування поширених захворювань органів травлення : навч. посібник / А. С. Свінціцький. – 2-е вид., перероб. и доп. – Київ : Медкнига, 2007. – 296 с.
10. Раціональна діагностика та фармакотерапія захворювань органів травлення / за ред. О. Я. Бабака, Н. В. Харченко // Довідник "VADEMECUM Доктор Гастроентеролог". – Київ : ТОВ "ОІРА"Здоров'я України", 2015. – 320 с.
11. Квіна М. Маастрихські рекомендації з лікування невиразкової диспепсії / М. Квіна. // Російський журнал гастроентерології, гепатології, колопроктології, 2016. – Т. 8, № 3. – С. 17–19.

Навчальне видання

ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ДИСПЕПСІЄЮ

(СУЧАСНА ПРАКТИКА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)

***Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів***

Упорядники

Бабак Олег Якович
Панченко Галина Юріївна
Кліменко Миколай Іванович
Фролова Еліна Юріївна
Овчаренко Людмила Іванівна
Молодан Володимир Ілліч
Візір Марина Олександрівна
Лапшина Катерина Аркадійвна

Відповідальний за випуск

О. Я. Бабак



Редактор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. ... Зам. № 19-33729.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.