

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

“Затверджено”

на методичній нараді кафедри
внутрішньої медицини №3

Завідувач кафедри

професор _____
(Л.В. Журавльова)

“29” серпня 2012 р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи внутрішньої медицини
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль №2</i>	Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення
<i>Тема заняття</i>	Шлункова диспепсія та хронічні гастрити
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	Медичний

Змістовий модуль №2 «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення»

Практичне заняття № 3. «Шлункова диспепсія. Хронічний гастрит »

Актуальність

Функціональні розлади шлунка (функціональна диспепсія –ФД) зустрічається переважно у осіб молодше за 25 років, але може зустрічатися і більш старішому віці. У жінок ФД зустрічається в 1,5-2 рази частіше за чоловіків. Розповсюженість складає від 1,5% до 58,8% серед їхворих на захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Особливі види (аерофагія, невrogenна, звична блювота) зустрічаються відносно рідко. Вони більш характерні для жінок з ічстероїдним типом психіки.

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 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 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 *H. Pylori*;
- 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 ФД та ХГ;

- інтерпритувати результати біохімічних та імуноферментних досліджень;
- інтерпритувати дані езофагогастродуоденоскопії;
- інтерпритувати дані інтрагастральної рН-метрії;
- інтепритувати дані рентгенологічних методів діагностики;
- оцінити відповідність конкретного пацієнта критеріям успішної пероральної антихелікобактерної терапії;
- призначати схему лікування хворим на 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:

ФД – це 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. Діагноз може бути встановлений при наявності вказаних симптомів на протязі 12 місяців, загальною тривалістю не менше за 12 тижнів (3 місяці).

Виділені такі причини розладу ФД:

1. Порушення гастродуоденальної моторики:
 - а. послаблення моторики антрального відділу шлунка з наступним уповільненням евакуації із шлунка (гастропарез);
 - б. порушення антродуоденальної координації;
 - в. розлади ритму перестальтики шлунка (тахігастрія та брадігастрія);
 - г. порушення акомодации шлунка (здатності проксимального відділу шлунка розслаблюватися після прийому їжі).
2. Підвищення чутливості рецепторного апарату стінки шлунка до розтягуваності (вісцеральна гіперчутливість).
3. 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.
4. Генетичні фактори та вплив зовнішнього середовища можуть приводити до порушення психосоціального статусу і в зв'язку з цим викликати функціональні гастроінтестинальні розлади.
5. Зв'язок з інвазією H. Pylory (роль остаточно не доказана).

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 –ранне 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 проявів 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 характерні наступні три ознаки:

- 1) 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);
- 2) відсутність доказів органічного захворювання, підтвердженого анамнезом, ендоскопічним дослідженням верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, УЗД органів черевної порожнини;
- 3) 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.

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

Дослідження секреторної та моторно-евакуаторної функції шлунка не мають вирішального діагностичного значення

Велике значення мають рентгенологічне, манометричне та електрогастрографічне дослідження.

Рентгенологічне дослідження – порушення рухівної функції може бути гіпермоторного (гіпертонус шлунка, сегментуюча перистальтика, пілороспазм) або гіпомоторного типу (гіпотоніс шлунка, гастроптоз, в'яла перистальтика, уповільнена евакуація).

Дослідження дозволяє встановити закид шлункового вмісту в стравохід та дуоденального вмісту в шлунок.

Манометрія – використовується в основному в наукових цілях.

Електрогастрографічний метод – полягає у вибірковому запису біопотенціалів шлунка (реєструються за допомогою електрогастрографа), з поверхні передньої черевної стінки. Але метод малоінформативний, оскільки результати нестабільні та недостатньо специфічні.

Розроблені нові нейрофізіологічні методи, що дозволяють документувати сприйняття больових відчуттів центральною нервовою системою:

- електроенцефалографія при стимуляції ШКТ;
- магнітоенцефалографія;
- позитронна емісійна томографія;
- функціональне магнітно-резонансне дослідження

Діагностичні міроприємства

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.

Загальні принципи лікування ФД:

- індивідуальний підхід до хворого з урахуванням виду диспепсії;
- диференційоване призначення антацидів, блокаторів протонної помпи, H₂-блокаторів гістамінових рецепторів, селективних мускаріноподібних M₁-рецепторів, прокінетиків, сукральфату, 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 H₂-блокаторів та блокаторів протонної помпи та прокінетикам 2-го покоління (сульпіриду – при наявності тривожно-депресивного синдрому).

Схеми фармакотерапії:

- 1- **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 домперідом (мотіліум) по 1 табл 3 рази на добу внутрішньо; антацид, що всмоктується (ренні) пог 1 табл 3-4 рази на добу внутрішньо; диметікон або семітікон (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.

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 культурі 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 СО 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. Виділяють 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
Неатрофічний	Поверхневий, дифузний антральний, інтерстиціальний, гіперсекреторний, тип В	<i>H. Pylori</i> та інші фактори
Атрофічний: - аутоімунний - мультифокальний	Тип А, дифузний тіла шлунку, асоційований з перніціозною анемією	Аутоімунний <i>H. pylori</i> , особливості харчування, фактори зовнішнього середовища
Особливі форми: - хімічний - радіаційний - лімфоцитарний - неінфекційний гранулематозний - еозинофільний - інші інфекції	Реактивний рефлюкс-гастрит, тип С Варіоломорфний, асоційований з целиакією 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. Рuloгі 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 проява 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 (нехелікобактерієліорі-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 ¹⁴C або ¹³C, які виділяються внаслідок розщеплення в шлунку хворого меченої сечовини під дією уреазы 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. В₁₂ – фолієводефіцитна анемія
4. Гастрогенний коліт
5. Гіпополівітаміноз
6. Рак шлунка

Лікування

6. **Режим.** Нормалізація способу життя: усунення стресу, при необхідності – використання седативних препаратів.
7. **Дієта.** Принцип механічного, хімічного та термічного щаження. Харчування повинно бути дробовим, 5-6 разів на день. Слід уникати продуктів, які мають подразнюючі дію на СО шлунка, припинити прийом ліків, паління.
8. **Фармакотерапія – залежить від типу ХГ**
ХГ типу В – згідно Маастрихтського консенсусу III (Флоренція, 2005) – 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) 20 мг 2 рази на добу	Кларитроміцин (Лекоклар) 500 мг 2 рази на добу	Амоксицилан (Оспамокс) 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) 20 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).

9. Профілактика. Первинна – нормалізація способу життя, раціональне харчування, виключення шкідливих звичок, усунення професійних шкізливостей.

Вторинна – для більшості хворих- проведення успішної ерадикації Н. 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**«Шлункова диспепсія. Хронічний гастрит»**

1. 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**

2. 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**

3. 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**

4. 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

5. 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.**
6. 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. Фіброезофагогастроуденоскопія**
 - Д. рН-метрія шлунка**
 - Е. Дуоденальне зондування**
7. Хворий 35 років скаржиться на болі в епігастрії після їжі, печію та відрижку. При фіброгастроуденоскопії патології не виявлено. Найбільш вірогідний діагноз?
- А. Функціональна диспепсія**
 - В. Хронічний гастрит**
 - С. Виразка шлунка**
 - Д. Хронічний гастродуоденіт**
 - Е. ГЕРХ**
8. 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**
9. 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. Езофагогастроуденоскопія**
10. 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

«Шлункова диспепсія. Хронічний гастрит »

1. 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 ?
 - А. Функціональна диспепсія
 - В. Хронічний гастрит типу А
 - С. Хронічний гастрит типу В
 - Д. ГЕРХ
 - Е. Всі вищеперераховані

2. З чим пов'язаний розвиток диспепсичного синдрому при ФД:
 - А. порушенням усмоктування
 - В. зниженням вмісту соляної кислоти
 - С. зниженням вмісту пепсину
 - Д. наявністю антитіл до клітин шлунка
 - Е. порушення гастродуоденальної моторики

3. Функціональна диспепсія це:
 - А. Симптомокомплекс, який включає в себе больовий синдром при відсутності морфологічних та метаболічних змін.
 - В. 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
 - С. 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.
 - Д. Симптомокомплекс, який включає в себе диспепсичні симптоми (нудота, блювання, печія, відрижка) при відсутності морфологічних та метаболічних змін.
 - Е. 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).

4. **До патогенетичних механізмів розвитку ФД відносяться:**
- А. Дуоденостаз
 - В. Порушення гастродуоденальної моторики
 - С. Гастростаз
 - Д. Підвищення кислотності шлункового вмісту
 - Е. Зниження кислотності шлункового вмісту
5. **Назвіть основні клінічні типи ФД**
- А. Виразкоподібна, дискінетична, неспецифічна ФД;
 - В. Неерозивна та ерозивна ФД,
 - С. Стравохідна та позастравохідна ФД,
 - Д. Шлункова та кишечна;
 - Е. Всі вище перераховані
6. **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
7. **Основний метод діагностики ФД це:**
- А. Психологічні тести
 - В. Дослідження секреторної функції шлунка
 - С. ФЕГДС
 - Д. Добове рН-моніторування
 - Е. Рентгеноскопія органів травлення
8. **Для ФД характерне ?**
- А. Виразки стравоходу
 - В. Виразки шлунка
 - С. Анемія
 - Д. Відсутність морфологічних змін шлунка
 - Е. Метаплазія епітелію кардіального відділу шлунка
9. **Диференційний діагноз слід проводити з:**
- А. ГЕРХ
 - В. Виразковою хворобою
 - С. Хронічним гастритом
 - Д. Раком шлунка
 - Е. Всіма переліченими хворобами
10. **При лікуванні ФД можуть бути ефективними :**
- А. Плацебо
 - В. H₂-блокатор гістамінових рецепторів
 - С. Прокінетики
 - Д. М-холінолітики
 - Е. Всі перераховані

Ситуаційні завдання

«Шлункова диспепсія. Хронічний гастрит»

1. 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**

2. 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?
 - А. Зниженням функції антирефлюксного бар'єру**
 - В. Зниженням кліренсу стравоходу**
 - С. Функціональною диспепсією**
 - Д. Порушенням 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, 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?
 - А. Звиканням до засобів, що застосовуються**
 - В. Потребою збільшити дозу засобів, що зазвичай використовуються**
 - С. Наявністю поєднаної патології**
 - Д. Необхідністю змінити засіб для купірування нападу**
 - Е. Необхідністю додати ще один засіб**

4. Хворий скаржиться на печію та відрижку, роздратованність, 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**

5. Хворій, 22 років, яка перебуває на обстеженні та лікуванні в гастроентерологічному відділенні, встановлено діагноз Функціональна диспепсія, виразковоподібний 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**

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?

- A. Шлунка**
- B. Жовчного міхура**
- C. Підшлункової залози**
- D. Кишечника**
- E. Стравоходу**

7. 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 у 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**

8. 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**

9. 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**

- В. Дисмоторний варіант**
- С. Неспецифічний варіант**
- Д. Все перераховане вірно**

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. Функціональна диспепсія**
- Е. Виразкова хвороба шлунка**

«Шлункова диспепсія. Хронічний гастрит » (початковий рівень знань)

1. В	6. Д
2. С	7. А
3. Е	8. С
4. С	9. Е
5. Д	10. Д

«Шлункова диспепсія. Хронічний гастрит » (кінцевий рівень знань)

1. А	6. А
2. Е	7. С.
3. В	8. Д
4. В	9. Е
А	10.А

«Шлункова диспепсія. Хронічний гастрит » (ситуаційні задачі)

1. Е	5. Е	9. С
2. С	6. Е	10. В
3. С	7. Е	
4. Д	8. С	

Контрольні питання.

1. Дати визначення ФД та ХГ.
2. Основні клінічні синдроми при ФД та ХГ.
3. Характеристика больового синдрому при ФД та ХГ.
4. Характеристика диспепсичного синдрому при ФД та ХГ.
5. Класифікація ФД та ХГ
6. Назвати методи діагностики ФД та ХГ.
7. Принципи лікування ФД та ХГ
8. Спосіб життя та дієтотерапія при ФД та ХГ.
9. Медикаментозна терапія при ФД та ХГ
10. Профілактика ФД та ХГ

Практичні завдання.

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

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.....

Матеріали, які необхідні для самопідготовки

1. В.Г.Передерій, С.М.Ткач. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб в 2-х томах. Київ, Манускрипт, 1998.
2. Ш.М.Ганджа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба та ін. Внутрішні хвороби. К.: Здоров'я, 2002. – 992 с.
3. Н.І.Швець, А.В.Підаєв, Т.М.Бенца та ін. Еталони практичних навиків з терапії. Київ, Главмеддрук, 2005, 540 с.
4. Н.И.Швец, А.В.Пидаев, Т.М.Бенца и др. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины. Киев, 2006. – 752 стр.
5. Остапенко В.Г., Жмудиков Ф.М. Острые заболевания живота. – М: Беларусь, 1993. – 432 с.
6. Конден Р., Найхус Р. Клиническая хирургия, пер. с англ. – М., Практика, 1998. – 716 с.
7. Малая Л.Т., Хворостинка В.Н. Терапия: Рук-во для студентов и врачей-интернов.- Х.: Факт, 2001.- 1032 с.
8. Хворостінка В.М., Моїсеєнко Т.А., Журавльова Л.В. Факультетська терапія: Підручник-Х.:Факт, 2000,-888 с.
9. Захворювання органів травлення : Навчальний посібник у схемах і таблицях /За ред. В.М. Хворостінки.- Х.: Факт, 2001.-239 с.
10. Малая Л.Т., Хворостинка В.Н. Терапия. Заболевания органов дыхания. Заболевания органов пищеварения. Заболевания почек. Иммунология. Аллергические заболевания. Системные заболевания соединительной ткани. Заболевания системы крови: Руководство для врачей-интернов и студентов. – 2-е изд. , испр. и доп. –Харьков: Фолио, 2005.-879 с.