

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА. ДИСПЕПСІЯ. ХРОНІЧНІ ГАСТРИТИ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи
здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу
з дисципліни «Внутрішня медицина»*

Видання 2-ге, перероблене та доповнене

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

**ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА.
ДИСПЕПСІЯ. ХРОНІЧНІ ГАСТРИТИ**

*Методичні вказівки
для самостійної роботи
здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу
з дисципліни «Внутрішня медицина»*

Видання 2-ге, перероблене та доповнене

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 5 від 23.05.2024.

**Харків
ХНМУ
2024**

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. Диспепсія. Хронічні гастрити : метод. вказ. для самост. роботи здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу з дисципліни «Внутрішня медицина». / упоряд. Л. В. Журавльова, О. І. Цівенко, О. В. Лахно та ін. Вид. 2-ге, перероб. та доп. Харків : ХНМУ, 2024. 40 с.

Упорядники Л. В. Журавльова
 О. І. Цівенко
 О. В. Лахно
 М. В. Кулікова
 О. В. Пивоваров

Кількість годин – 5.

Актуальність проблеми гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) зумовлена значним її поширенням, наявністю як типових, так і атипичних клінічних проявів, які ускладнюють діагностику ГЕРХ, призводять до гіпердіагностики деяких захворювань, наприклад, ішемічної хвороби серця, загострюють перебіг бронхіальної астми, викликають важкі ускладнення, такі як стриктури стравоходу, кровотечі з виразок стравоходу та ін.

Поширеність ГЕРХ серед дорослого населення становить до 40 %. Згідно з численними епідеміологічними дослідженнями в країнах Західної Європи і США, саме стільки людей постійно (з різною частотою) страждають від печії – основного симптому ГЕРХ. Поширеність стравоходу Барретта серед осіб з езофагітом наближається до 8 %, коливається від 5 до 30 %. За останні десятиліття спостерігається значне зростання захворюваності на аденокарциному стравоходу (АКС) – зміна співвідношення «плоскоклітинний рак/аденокарцинома» з 9 : 1 до 8 : 2, частота її виявлення становить наразі 6–8 нових випадків на 100 000 населення за рік. Частота АКС у хворих на стравохід Барретта зростає до 800 випадків на 100 тис. населення за рік.

Утворення стриктур стравоходу відзначено у 8–23 % хворих на ерозивно-виразковий езофагіт, виникнення кровотечі – у 2 %. Серед осіб старше 80 років ерозії та виразки стравоходу були причиною шлунково-кишкових кровотеч у 21 % випадків, а у пацієнтів відділень інтенсивної терапії, які перенесли операції – у 25 % випадків.

Функціональні розлади шлунка, функціональна диспепсія (ФД) зустрічаються приблизно у 20 % населення, переважно у людей молодше 25 років і середнього віку, але трапляються і в похилому віці. Класичним проявом гастродуоденальної дисфункції є диспепсія, що супроводжується такими симптомами, як біль/печія в епігастрії, відчуття повноти та раннього насичення після їжі, відрижка, печія, нудота, здуття живота. Ці симптоми зустрічаються у 12–54 % жителів різних країн і є причиною 4–10 % усіх звернень за медичною допомогою. Вважається, що в середньому диспепсія зустрічається у 20–40 % дорослого населення різних країн, у зв'язку з чим вона є одним з найбільш частих симптомокомплексів не тільки в гастроентерологічній, але і в загальній терапевтичній практиці.

На хронічний гастрит (ХГ) страждає більше 40–50 % дорослого населення земної кулі. Поширеність захворювання в багатьох випадках залежить від місця та умов проживання людей, що однозначно пов'язано з інфекцією *H. Pylori*.

У випадках, коли гастробіопсія не проводилася для підтвердження гострого гастриту, за кордоном зазвичай використовують термін «невиразкова диспепсія», який об'єднує диспепсію функціонального генезу та диспепсію, спричинену запальними змінами слизової оболонки.

Навчальні цілі:

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

Здобувач вищої освіти повинен знати:

- частоту випадків 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;
- діагностику ГЕРХ;
- діагностичні можливості езофагогастродуоденоскопії при ГЕРХ, показання, протипоказання;
- методику проведення інтрагастральної та інтраезофагіальної рН-метрії (зокрема, 24-годинну внутрішньостравохідну рН-метрію), клінічну оцінку результатів;

- рабепразоловий тест;
- рентгенологічні методи діагностики ГЕРХ;
- ускладнення при ГЕРХ (стравохід Барретта, аденокарцинома стравоходу);
- ведення хворих на стравохід Барретта;
- лікування ГЕРХ (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія, хірургічне лікування);
- частоту випадків 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 езофагогастродуоденоскопії 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).

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- розпізнавати основні клінічні та фізикальні синдроми при ГЕРХ, ФД та ХГ;
- інтерпретувати результати біохімічних та імуноферментних досліджень;
- інтерпретувати дані езофагогастродуоденоскопії;
- інтерпретувати дані інтрагастральної рН-метрії;
- інтерпретувати дані рентгенологічних методів діагностики;
- оцінити відповідність конкретного пацієнта критеріям успішної пероральної антихелікобактерної терапії;
- призначати схему лікування хворим на ГЕРХ, ФД та ХГ.

Практичні навички:

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

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА (ГЕРХ)

Лос-Анжелеська класифікація рефлюкс-езофагіту (LA classification system)

Ступінь А – один або більше дефектів слизової оболонки, обмежених складками слизової, довжина яких не перевищує 5 мм.

Ступінь В – один або більше дефектів слизової оболонки, обмежених складками слизової, довжина яких перевищує 5 мм.

Ступінь С – один або більше дефектів слизової оболонки, розміщених на складках і між ними (можуть зливатися між собою), але ураження займає менш ніж 75 % периметра стравоходу.

Ступінь D – пошкодження слизової оболонки займає більш ніж 75 % периметра стравоходу.

Міжнародна ендоскопічна класифікація ГЕРХ (ступеня тяжкості рефлюкс-езофагіту

за Savary-Miller у модифікації Y. N. J. Tytgat і співавт).

I ступінь (легкий) – слабо виражена вогнищева або дифузна гіперемія і рухливість слизової оболонки стравоходу на рівні НСС, легка згладженість складок, зникнення блиску слизової оболонки дистальних відділів; порушення цілості слизової оболонки не спостерігається.

II ступінь (помірно виражений) – наявність однієї або більше поверхневих ерозій з ексудатом або без нього, частіше лінійної форми, які розташовуються на верхівках складок і займають до 10 % поверхні слизової оболонки дистального сегмента стравоходу (п'ятисантиметрова кругова зона слизової оболонки стравоходу вище від НСС).

III ступінь (виражений) – зливні ерозії, вкриті ексудатом або відторгнутими некротичними масами, які не поширюються циркулярно. Обсяг ураження слизової оболонки дистального відділу стравоходу – до 50 %.

IV ступінь (різко виражений) – циркулярно розташовані зливні ерозії або ексудативно-некротичні ушкодження, які займають усю п'ятисантиметрову зону стравоходу вище від НСС з поширенням на дистальний відділ стравоходу;

V ступінь (ускладнений) – ерозії та глибокі виразки різних відділів стравоходу, стриктури і фіброз його стінок, короткий стравохід.

Диференційна діагностика при ГЕРХ

Шлунково-кишкова непрохідність	Інші шлунково-кишкові розлади
Пілоричний стеноз	Ахалазія
Мальротация із заворотом кишки. Кишкова інвагінація	Гастропарез
Хвороба Гіршпрунга	Гастроентерит
Обтурація вихідного відділу шлунка/вроджена мембрана дванадцятипалої кишки	Пептична виразка
Чужорідне тіло	Еозинофільний езофагіт
Ущемлена грижа	Харчова алергія/непереносимість
Синдром верхньої брижової артерії	Запальне захворювання кишечника
	Панкреатит
	Апендицит

Неврологічна патологія	Інфекції
Гідроцефалія Субдуральна гематома Внутрішньочерепна кровотеча Внутрішньочерепне об'ємне утворення	Сепсис/менінгіт Інфекція сечового тракту Інфекція верхніх/нижніх дихальних шляхів Середній отит Гепатит
Метаболічні/ендокринні розлади	Інші причини
Галактоземія Вроджена непереносимість фруктози. Порушення циклу обміну сечовини. Аміноацидемія та органічні ацидемії. Розлади окиснення жирних кислот. Метаболічний ацидоз. Вроджена гіперплазія надниркових залоз/гостра надниркова недостатність	Дитяча безпритульність або жорстоке поводження з дітьми Самостійно індуковане блювання. Синдром циклічного блювання. Синдром румінації
Токсичні ураження	Ниркова патологія
Отруєння свинцем Вплив інших токсинів	Обструктивна уропатія Ниркова недостатність
Кардіальна патологія	
Серцева недостатність Судинне кільце Вегетативна дисфункція	

Ускладнення ГЕРХ:

- стриктури стравоходу;
- кровотечі з виразок стравоходу.

Ще одним ускладненням є стравохід Барретта – поява метапластичного епітелію в слизовій оболонці дистального відділу стравоходу (циліндричного епітелію шлунка або, рідше, кишечника) в результаті додаткового пошкодження. Це потенційно передраковий стан. Гіперсекреція соляної кислоти, наявність у шлунковому вмісті жовчі, яка входить до складу езофагеального рефлюксату, є факторами, що сприяють розвитку стравоходу Барретта. Поширеність цього ускладнення серед осіб з езофагітом наближається до 8 % (5–30 %). У 40 % випадків аденокарцинома стравоходу поєднується зі стравоходом Барретта.

Основним методом діагностики є ФГДС з гістологічним дослідженням біоптату. Біоптати слід брати з 4 квадрантів, починаючи від гастроезофагеального переходу і проксимально через кожні 1–2 см. При імуногістохімічному дослідженні в зміненій слизовій оболонці виявляють сукразоізомальтазу – специфічний маркер епітелію Барретта.

Лікування

Необхідною умовою ефективного лікування більшості пацієнтів слід вважати зміну способу життя. Перш за все, необхідно нормалізувати масу тіла, виключити куріння і вживання алкоголю. Необхідно уникати фізичних навантажень (часті нахили, підняття нижніх кінцівок тощо). Харчування повинно бути дрібним, у певний час, останній прийом їжі повинен бути не

продукти, що стимулюють кислотоутворення і знижують тонус нижнього сфінктера стравоходу. Доцільне обмеження вживання рідини протягом дня і під час кожного прийому їжі, зменшення обсягу перших страв.

Основною метою лікування ГЕРХ є скорочення часу контакту кислоти зі слизовою оболонкою стравоходу. Чим інтенсивніша антисекреторна дія, тим ефективніше лікування, тому інгібітори протонної помпи (ІПП) є препаратами вибору при лікуванні ГЕРХ. Важливе значення для визначення дози та режиму прийому ІПП мають попередня стадія езофагіту, час, протягом якого рН в стравоході менше 4, наявність грижі стравохідного отвору діафрагми, індекс маси тіла, куріння, а також дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря. ІПП ПАРІЄТ (рабепразол) швидше, ніж інші ІПП, усуває симптоми, забезпечує оптимальний рівень рН вдень і вночі, має найсильнішу антисекреторну дію, демонструє найкращий профіль безпеки, є ефективним засобом для лікування всіх форм ГЕРХ, що робить його «золотим стандартом» лікування цього захворювання.

Прокінетики призводять до відновлення нормального фізіологічного стану стравоходу:

- підвищують тонус нижнього сфінктера стравоходу;
- посилюють перистальтику стравоходу і шлунка;
- покращують очищення стравоходу.

Прокінетик МОТИЛІУМ призначають по 10 мг 4 рази на добу за 30 хв перед їжею.

Антациди ефективні в лікуванні легких і нечастих симптомів. Антациди, які розсмоктуються, слід приймати відразу після їжі, а ті, що не розсмоктуються (Алмагель) – через 1,5–2 год після їжі і безпосередньо перед сном.

ГЕРХ Ерозивний езофагіт. Одиничні ерозії	ГЕРХ Ерозивний езофагіт. Множинні ерозії	ГЕРХ: курс підтримуючого лікування після загосння ерозій 26–52 тиж		НЕРХ
Основний курс лікування 4 тиж	Основний курс лікування 8 тиж	За 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 ІПП, прокінетиків та антацидів.

При лікуванні жовчного рефлюксу до комбінації ІПП та прокінетиків необхідно додати великі дози обволікаючих препаратів.

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

Активне диспансерне спостереження хворих на стравохід Барретта необхідний та обґрунтований наявністю можливості попередження аденокарциноми стравоходу шляхом ранньої діагностики дисплазії епітелію – передракового стану, що потенційно виліковується.

Фізіотерапія: ультразвукова терапія, гальванізація, електрофорез, діадинамотерапія. У період ремісії рекомендовано санаторно-курортне лікування (курорти Миргорода, Закарпаття, Моршина).

Основними критеріями ефективності лікування є загоєння ерозивних уражень стравоходу, зникнення печії, поліпшення якості життя. Частота рецидивів протягом першого року після успішного завершення лікування становить 39–65 % для ерозивної і 78–91 % для неерозивної ГЕРХ, що вимагає тривалої підтримуючої терапії.

Лікування ускладнень та особливих форм ГЕРХ

Хірургічне або ендоскопічне лікування ГЕРХ може бути рекомендоване пацієнту в таких випадках:

- необхідність тривалої медикаментозної терапії;
- недостатній ефект від медикаментозного лікування;
- діафрагмальна грижа, великий об'єм рефлюксату;
- ускладнена ГЕРХ (кровотечі, стриктури, СБ, рак стравоходу);
- повторні аспіраційні пневмонії;
- особисте бажання пацієнта;
- стравохід Барретта.

Середня тривалість первинного лікування становить 1–3 міс (залежно від форми ГЕРХ і тяжкості езофагіту).

Реабілітація

Загальні рекомендації щодо дієти при ГЕРХ:

- після їжі уникати нахилів уперед і не лягати;
- уникати надмірного прийому їжі, не їсти за 2–3 год до сну;
- уникати вживання продуктів, що знижують тонус ЦНС і подразнюють СО стравоходу (жирна їжа, кислі соки, алкоголь, кава, шоколад тощо).

Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, оздоровлення:

- спати з піднятим узголів'ям мінімум на 15 см;
- не носити тісний одяг і тугі пояси; – уникати підняття тягарів вагою більше 8–10 кг, перенапруження черевного преса та роботи, пов'язаної з нахилами тулуба вперед;
- боротьба із надмірною масою тіла;
- відмовитися від куріння;
- уникати прийому препаратів, що провокують рефлюкс.

Диспансерному нагляду підлягають хворі з тривалою печією (більше 10 років), ерозивними формами ГЕРХ, стравоходом Барретта. При стравоході Барретта тактика лікування визначається ступенем дисплазії епітелію.

При дисплазії низького ступеня ІПП слід призначати в подвійній дозі не менше 3 міс із подальшим зниженням їх дози до стандартної. Ендоскопічний контроль з повторними біопсіями необхідно проводити щороку. Пацієнтам із виявленою дисплазією високого ступеня слід провести ще одне ендоскопічне обстеження з кількома біопсіями (особливо змінених ділянок СО, виявлених за допомогою хромоендоскопії), щоб виявити інвазивний рак. Якщо в результаті цих досліджень виявлено поширену дисплазію високого ступеня, рекомендується ендоскопічне лікування (ендоскопічна резекція СО) або навіть оперативне втручання – видалення стравоходу.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ (ФД)

Функціональна диспепсія (ФД) – це синдромний діагноз, який включає в себе біль та відчуття печії в надчеревній ділянці, відчуття переповнення в епігастрії після їжі та раннє насичення, які відмічаються у хворого протягом трьох останніх місяців (при загальній тривалості скарг не менш 6 міс) та не можуть бути пояснені органічними захворюваннями (Римські критерії III, 2006).

Диспепсія не є специфічним синдромом і може виникати як при патології шлунково-кишкового тракту (структурній або функціональній), так і при багатьох негастроентерологічних захворюваннях. Більше ніж у 50 % випадків при диспепсії не виявляється органічних порушень, тобто вона має функціональний характер. У 40–50 % хворих диспепсичні прояви зумовлені органічною патологією, частіше виразковою хворобою та ГЕРХ. Рідше потенційними факторами стають міліарні та панкреатичні розлади, прийом деяких медикаментів, пухлини шлунково-кишкового тракту та ін., як синдром, так і самостійна нозологічна форма. Для визначення диспепсії як попереднього діагнозу, тобто опису диспепсичного симптомокомплексу у первинного хворого, рекомендується використовувати термін «не досліджена диспепсія». У 50–60 % хворих на диспепсію при ЕГДС і УЗД органів черевної порожнини не виявляється структурних патологічних відхилень – «функціональна диспепсія».

Таким чином, з етіологічної точки зору всіх хворих з диспепсичними синдромами можна розділити на 2 групи:

1. Хворі з органічними, системними або метаболічними факторами диспепсичних явищ, які можна виявити при ФГДС та УЗД органів черевної порожнини. При відповідному лікуванні симптоми диспепсії зменшуються або повністю зникають. Цей стан трактується як вторинна диспепсія внаслідок відомих факторів, а саме інфекції *H. Pylori*.

2. Пацієнти, у яких неможливо пояснити симптоми за допомогою традиційних методів діагностики. Таких хворих вважають пацієнтами з функціональною диспепсією, яка поділяється на два окремих підтипи: постпрандiальний дистрес-синдром (ПДС) та епігастральний больовий синдром (ЕБС).

При ФД майже ніколи не відзначають одиничного симптому, у 99 % зустрічається ≥ 2 , у 80 % > 5 симптомів; ці визначення також включають печію та регургітацію.

Згідно з Римськими критеріями III, ФД визначається не просто як «біль та дискомфорт суворо в епігастрії», а як наявність, щонайменше, впродовж 3 міс з останніх не менше 6 міс ≥ 1 диспепсичного синдрому, який виникає з гастродуоденальної ділянки (відчуття важкості після їжі, відчуття раннього насичення, біль і відчуття печії у ділянці епігастрія) за відсутності будь-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.

У Римських критеріях IV ФД рекомендовано розглядати як широке поняття, яке охоплює наступні категорії пацієнтів:

– з ПДС, який характеризується виникненням диспепсичної симптоматики, індукованої вживанням їжі;

– з ЕБС, при якому біль/печія в ділянці 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 диспепсичні симптоми, індуковані вживанням їжі, а також епігастральний біль та/або печія.

Причини ФД

1. Порушення гастродуоденальної моторики:

а) послаблення моторики астрального відділу шлунка з наступним уповільненням евакуації зі шлунка (гастропарез);

б) порушення антродуоденальної координації;

в) розлади ритму перистальтики шлунка (тахігастрія та брадигастрія);

г) порушення акомодатії шлунка (здатності проксимального відділу шлунка розслаблятися після прийому їжі).

2. Підвищення чутливості рецепторного апарату стінки шлунка до розтяжності (вісцеральна гіперчутливість).

3. Порушення нейроендокринної регуляції – гормонально активні поліпептиди (субстанція Р, холецистокінін, серотонін, простагландини та ін.) впливають на клітинні рецептори, больові симптоми, диспепсичні прояви та психічну дезадаптацію.

4. Генетичні фактори та вплив зовнішнього середовища можуть призводити до порушення психосоціального статусу і в зв'язку з цим викликати функціональні гастроінтестинальні розлади.

5. Зв'язок з інвазією *H. pylori*.

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

Класифікація функціональної диспепсії

Типи ФД

а) *виразкоподібна диспепсія* – в клінічній картині переважає біль в епігастрії, який виникає натщесерце та вночі і купірується після вживання їжі та антацидів;

б) *дискінетична (дисмоторна) диспепсія*: основні скарги – раннє насичення та відчуття переповнення в епігастрії після їжі, нудота, відчуття дискомфорту та здуття в епігастрії, що посилюються після їжі;

в) *неспецифічна диспепсія* – в клініці присутні симптоми виразкового та дискінетичного варіантів диспепсії.

Клініка ФД

Симптоматика ФД різноманітна і неспецифічна, тому не є надійним діагностичним критерієм. Про переважно функціональний характер цих проявів свідчить множинність скарг, часто з емоційним забарвленням.

Клініка включає загальні неврологічні прояви: безсоння, мігрень, дратівливість, поганий настрій, а також особливі (шлункові) прояви, що залежать від виду диспепсії.

Виразковий варіант: періодичний біль в епігастрії помірної інтенсивності, звичайно, без іррадіації, виникає натще (голодний біль) або вночі (нічний біль), набувається після їжі та/або антацидів.

Дисмоторний варіант: відчуття раннього насичення, тяжкості, переповнення, розпирання в епігастрії; дискомфорт після їжі, нудота, часте блювання, зниження апетиту.

Неспецифічний варіант: присутні різні ознаки вказаних вище варіантів. У одного пацієнта може бути поєднання різних варіантів ФД. Згідно з Римськими діагностичними 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 тиж за останні 12 міс (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 зі 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, що може виникати від їжі та її запаху, навіть думки про їжу і зазвичай посилюється при нервово-психічному напруженні.

Діагностичні критерії ФД згідно з Римськими критеріями IV

Наявність хоча б одного з наступних симптомів:

- набридливе відчуття переповнення після їжі;
- набридливе відчуття раннього насичення;
- набридливий біль в ділянці епігастрія;

а також відсутність доказів наявності структурної патології (в т. ч. при проведенні верхньої ЕГДС), яка дозволить пояснити існуючі симптоми.

Діагностичні критерії ПДС

Протягом 3 місяців впродовж півроку наявність хоча б одного з наведених симптомів::

- набридливе відчуття переповнення після їжі, яке впливає на повсякденну активність;
- набридливе відчуття раннього насичення, що включає нездатність з'їсти звичайний обсяг 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 ділянці епігастрія, здуття в цій ділянці, відрижка та нудота.

Персистуюче блювання передбачає наявність інших розладів. Печія не є диспепсичним симптомом.

Симптоми, які зменшуються після дефекації або відходження газів, не розглядають як частину диспепсії.

Симптоми, які характерні для GERX або синдрому подразненого кишечника, часто можуть супроводжувати ПДС.

Діагностичні критерії ЕБС

Наявність хоча б одного з наведених симптомів принаймні 1 раз на тиждень:

- набридливий епігастральний біль, який впливає на повсякденну активність та/або
- набридливе відчуття печії в ділянці епігастрія, що 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 індукований вживанням їжі, його виразність може зменшуватися під час вживання їжі або відмічається протягом усього періоду вживання їжі.

Може відмічатися постпрандіальне здуття в ділянці епігастрія, відрижка, нудота. Персистуюче блювання передбачає наявність інших розладів.

Печія не є диспепсичним симптомом, хоча часто присутня.

Біль не відповідає критеріям функціонального міліарного болю.

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.

«Тривожні симптоми», 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 у похилому віці		Зміни в біохімії крові

Діагностика ФД

ФД є діагнозом **ВИКЛЮЧЕННЯ**, тобто встановлюється лише тоді, коли за допомогою різних об'єктивних досліджень виключається можливість органічної патології, яка проявляється диспепсичними явищами. Тому за наявності синдрому ФД пацієнту необхідно провести такі обстеження:

1) ЕГДС з біопсією та визначенням уреазного тесту (біохімічно-морфологічний метод), що дозволить не тільки візуально підтвердити наявність змін з боку внутрішньої поверхні шлунка, а й оцінити на морфологічному рівні її стан і можливість ураження хелікобактерною інфекцією;

2) рентгеноскопія шлунка, яка дозволить певною мірою оцінити кінетичні порушення з боку шлунка та швидкість його спорожнення;

3) Ph-метрія шлунка, бажано з моніторингом не менше 4 год, що дозволить оцінити секреторну функцію шлунка, а також її зміни під впливом прийому їжі. Крім цих основних методів, бажано дослідити зміни тиску в порожнині шлунка і стан електричної активності слизової оболонки під впливом прийнятої їжі, що дасть уявлення про порушення моторної функції шлунка і стан його синхронізації з діяльністю пілоричного сфінктера.

Крім цих основних досліджень, які дозволяють провести диференційну діагностику між морфологічними змінами і функціональними розладами шлунка, слід пам'ятати про наявність т. зв. «**тривожних симптомів**», які виключають діагноз ФД.

Необхідно також враховувати, що ФД у більшості випадків супроводжується різними невротичними розладами (депресією, іпохондрією, астеноїєю та ін.), які необхідно диференціювати з психічними захворюваннями. Тому план обстеження хворого повинен включати наступне.

1. Лабораторні дослідження

Обов'язкові: загальний аналіз крові та сечі, глюкоза сироватки крові, копрограма, аналіз випорожнення на приховану кров. **За наявності показань** – коагулограма, залізо сироватки крові.

2. Інструментальні та інші види діагностики

Обов'язкові: рентгеноскопія шлунка та 12-палої кишки з контрастом, відеоендоскопія шлунка та 12-палої кишки (ФГДС), інтрагастральна рН-метрія шлунка, рН-метрія стравоходу, УЗД органів травлення, ЕКГ. **За наявності показань** – хромоендоскопія шлунка, біопсія слизової оболонки шлунка, багатогодинний моніторинг рН стравоходу, визначення *Helicobacter pilori*, скінтиграфія шлунка з радіоактивними ізотопами технеція та індія.

3. Консультації спеціалістів

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

Диференційну діагностику ФД слід проводити із такими захворюваннями:

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

Остаточний діагноз встановлюється шляхом виключення інших захворювань.

Лікування ФД

Лікування ФД має комплексний характер і має максимально охоплювати весь спектр патогенетичних порушень, характерних для цього захворювання. Він включає дієту, лікування невротичних розладів і медикаментозну терапію, спрямовану на нормалізацію функціонального стану шлунка і шлунково-кишкового тракту.

Дієта передбачає 6-разове харчування через рівні проміжки часу протягом дня з поступовим зменшенням обсягу кожного прийому їжі, але зі збереженням енергетичної цінності раціону. Окремі прийоми їжі можна замінити вживанням слабомінералізованої лужної води (Лужанська, Поляна Квасова та ін.), обов'язково дегазованої і теплої або кімнатної температури. Страви готують протертими до пюреподібного стану шляхом приготування на пару, відварювання або запікання. Виключити з раціону продукти і страви, які, на думку хворого, викликають диспепсичні явища. Обмежити гострі приправи і спеції, наваристі бульйони, жирну їжу, каву, алкоголь. Звертають увагу хворих на необхідність нормалізації способу життя (відмова від шкідливих навичок, попередження стресових ситуацій, негативних емоцій, нервових перевантажень тощо). Враховуючи, що ФД належить до біопсихосоціальних захворювань, значна увага приділяється лікуванню невротичних розладів. Велике значення має контакт «пацієнт-лікар» і довіра пацієнта до порад лікаря. Останній повинен проявляти емпатію (співчуття) до хворого. Чітко пояснити причини захворювання, спираючись на результати проведених досліджень, які підтверджують правильність діагнозу. Разом із ним обговоріть план лікування та узгодьте

тактику лікування. І тільки потім використовувати антидепресанти або інші ліки відповідно до характеру невротичного розладу.

Загальні принципи лікування ФД:

– індивідуальний підхід до пацієнта з урахуванням виду диспепсії;
– диференційоване призначення антацидів, блокаторів протонної помпи, H₂-блокаторів гістамінових рецепторів, селективних мускаринових M₁-рецепторів, прокінетиків, сукральфату, препаратів вісмуту, антибіотиків, метронідазолу та ін.

Міжнародний робочий комітет з функціональних гастродуоденальних захворювань органів травлення (1994) також додатково надав рекомендації щодо лікування пацієнтів із ФД:

1) проводити лікування плацебо, оскільки успіх плацебо спостерігається в 20–60 % випадків;

2) симптоми, що виникають після їжі (повнота і раннє насичення, біль у животі), можна зменшити, якщо з раціону виключити гострі приправи, прянощі і жирну їжу.

При рефлюксоподібній ФД перевагу слід надавати блокаторам протонної помпи, комбінації H₂-блокаторів і блокаторів протонної помпи, прокінетикам 2-го покоління (сульпірид – за наявності тривожно-депресивного синдрому).

Схеми фармакотерапії

Перша: 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 фамотидин (квamatел) по 1 табл. 2 рази на добу внутрішньо; також призначають діосмектит (біла глина, смекта) по 1 порошку 3 рази на добу внутрішньо; амітриптилін (амізол) 25 мг 2 рази на добу внутрішньо або флувоксамін (феварин) 50–100 мг одноразово ввечері внутрішньо.

Друга: метоклопрамід (церукал) або домперидон (мотиліум) по 1 табл. 3 рази на добу внутрішньо; антацид, що всмоктується (ренні) по 1 табл. 3–4 рази на добу внутрішньо; диметикон або семитикон (еспумізан) по 40–80 мг 3–4 рази на добу внутрішньо; ондасетрон (осетрон) 1 табл. внутрішньо.

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

Згідно з Римськими критеріями IV, фармакотерапія ФД включає наступне

Препарати першої лінії

1. Прокінетики (метоклопрамід, домперидон, ітоприд, прукалоприд).
2. ППП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол).
3. Прокінетик+ППП.

Препарати другої–третьої лінії

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

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

ХРОНІЧНІ ГАСТРИТИ (ХГ)

Хронічний гастрит (ХГ) – захворювання зі хронічним рецидивуючим перебігом, в основі якого лежать запально-дистрофічні, дисрегенераторні ураження слизової оболонки шлунка, що супроводжуються порушенням його секреторної, моторно-евакуаторної та інкреторної функції.

ХГ є клініко-морфологічним поняттям, але остаточний діагноз стає дійсним лише після гістологічного підтвердження

Поширеність: серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту ХГ становлять 35 % випадків, серед захворювань шлунка – 85 %, ХГ вражає 40–50 % дорослих у всьому світі. Поширеність ХГ залежить від місця та умов життя людей, що однозначно пов'язано з інфікуванням *H. pylori*.

Етіопатогенез і патоморфологія

У клінічній практиці найчастіше зустрічаються три види ХГ.

1. Аутоімунний фундальний гастрит (гастрит типу А), у формуванні якого беруть участь аутоімунні механізми. Характеризується виявленням антитіл до парієтальних клітин і внутрішнього фактора, а також високого рівня гастрину в сироватці крові зі схильністю до ахлоргідрії шлункового соку.

2. Поверхневий з переважним ураженням антрального відділу шлунка, найчастіше асоційований з *H. pylori* (гастрит типу В), при якому тривалий час порушується нормальна секреція соляної кислоти.

3. Хімічний, рефлюксий гастрит (гастрит типу С), який характеризується вогнищевим ураженням фундального відділу шлунка внаслідок цитотоксичної дії на слизову оболонку (СО) вмісту дванадцятипалої кишки при дуоденогастральному рефлюксі. Часто розвивається в куку оперованого шлунка з тонкокишковим рефлюксом. Близьким до цього виду є гастрит, викликаний медикаментозним ушкодженням слизової оболонки шлунка.

До морфологічних змін ХГ відносяться запалення, атрофія, порушення клітинного оновлення, що включає метаплазію і дисплазію.

Про хронічне запалення свідчить інфільтрація особистої пластинки та епітелію мононуклеарними елементами.

Атрофія СО характеризується зменшенням кількості нормальних залоз. Біологічною основою атрофічного гастриту є порушення проліферації та апоптозу за рахунок різних патогенних факторів (зокрема, *H. Pylori*). При атрофії разом із необоротною втратою шлункових залоз відбувається їх заміщення метапластичним епітелієм або фіброзною тканиною.

Кишкова метаплазія (заміна шлункового епітелію на кишковий) трапляється досить часто, причому у похилому віці зустрічається навіть у практично здорових людей. При атрофічному гастриті вона виліковується практично на 100 %.

Дисплазію слід розглядати як передраковий стан. Розрізняють два ступені дисплазії: низький і високий.

Класифікація, прийнята на IX Міжнародному конгресі гастроентерологів (Австралія), яку назвали «Сіднейська система», модифікована Л. І. Аруїном та співавт.

Тип гастриту	Синоніми	Етіологічні фактори
Неатрофічний	Поверхневий, дифузний антральний, інтерстиціальний, гіперсекреторний, тип В	<i>H. Pylori</i> та ін.
Атрофічний: – аутоімунний; – мультифокальний	Тип А, дифузний тіла шлунка, 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 целіацією. 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, чужорідні тіла. Алергічний. Бактерії (окрім <i>H. Pylori</i>), віруси, гриби, паразити

ХГ типу А

Клініка: найчастіше перебіг безсимптомний до розвитку В12-дефіцитної мегалобластної анемії. Іноді наявні симптоми шлункової диспепсії (тулий біль і тяжкість в епігастрії після їжі, відрижка, нудота, неприємний присмак у роті), ознаки кишкової диспепсії (метеоризм, діарея). При розвитку перніціозної анемії з'являються втомлюваність, сонливість, печіння язика, парестезії кінцівок.

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

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

Діагноз встановлюють на підставі перерахованих вище клінічних ознак і характерної ендоскопічної картини (бліда СО дна і тіла шлунка, кризь

яку чітко видно судинний малюнок). Найбільш характерною ознакою є наявність антитіл проти парієтальних клітин і внутрішнього фактора.

ХГ туну В

Клініка: проявляється характерними для виразкової хвороби симптомами, голодним і нічним болем в епігастрії, нудотою, блюванням, кислою відрижкою, печією. Характерна схильність до запорів.

Усі симптоми викликані посиленням кислотоутворюючої функції у відповідь на пошкодження антрального відділу шлунка. Перебіг захворювання може бути безсимптомним.

Діагноз встановлюють на основі характерної клінічної картини. Ендоскопічне дослідження дає змогу уточнити локалізацію, характер змін СО шлунка. Абсолютним діагностичним критерієм є виявлення *H. Pylori* та продуктів його життєдіяльності, а також морфологічні ознаки хронічного гастриту в біоптатах.

ХГ туну С

Клініка: біль і відчуття тяжкості в епігастрії під час сну або відразу після їжі, нудота, блювання, печія. Перебіг часто безсимптомний.

Діагноз можна підтвердити морфологічним дослідженням біоптату шлунка. Радіаційна ХГ – тяжкість ураження шлунка залежить від дози радіоактивного опромінення. Виявляються помірні або важкі коагуляційні некрози СО шлунка зі вторинною запальною інфільтрацією. Помірні зміни зазвичай оборотні та регресують, коли СО оновлюється до норми протягом 4 міс. При значному пошкодженні вони утворюють виразки, фіброз і гіаліноз судин.

Лімфоцитарний гастрит має чітку гістологічну характеристику: переважно інфільтрація між епітеліальними лімфоцитами (в нормі 3–5 на 100 клітин епітелію, при лімфоцитарному гастриті збільшується до 30–50).

Гранулематозний гастрит виникає як прояв хвороби Крона, саркоїдозу, паразитарних інвазій, потрапляння стороннього тіла. Морфологічним субстратом є епітеліоїдноклітинні гранульоми, іноді з гігантськими багатоядерними клітинами.

Еозинофільний (алергічний) гастрит характеризується вираженою інфільтрацією СО та інших шарів стінки шлунка еозинофілами. В основному уражається антральна ділянка.

Інші інфекційні гастрити (не асоційовані з *Helicobacter pylori*) викликаються вірусами, мікробами, грибками, паразитами. Вони рідкісні.

Хвороба Менетріє – це гіпертрофічна гастропатія. Основною морфологічною ознакою захворювання є гігантські складки переважно в ділянці дна і тіла шлунка. Клінічно проявляється анорексією, нудотою, блюванням, шлунково-кишковими кровотечами, діареєю, втратою маси тіла до 25 кг, болем в епігастрії, гіпохлоремією, гіпоальбумінемією (до розвитку небілкових набряків у 20–100 % хворих).

Діагностика

Методи інструментальної діагностики ХГ:

- функціональна діагностика: визначення шлункової секреції методом фракційного зондування або методом внутрішньошлункової рН-метрії;
- ендоскопічне дослідження;
- морфологічне дослідження;
- рентгенологічне дослідження органів шлунково-кишкового тракту;
- діагностика хелікобактерної інфекції (бактеріологічне дослідження – посів біоптату СО на диференційно-діагностичне середовище; морфологічне: гістологічне – фарбування бактерій у гістологічному препараті СО за Гімзе, Вартіна-Старрі, Гентом, толуїдиновим синім; цитологічне – фарбування бактерій у мазках-відбитках СО шлунка за Гімзе, Грамом визначення продуктів життєдіяльності *H. Rylori*: уреазу – визначення активності уреазу в біоптаті СО шлунка в рідкому або гелеподібному середовищі, що містить субстрат, буфер та індикатор респіраторний – визначення у видихуваному повітрі ізотопів ^{14}C або ^{13}C , які виділяються внаслідок розщеплення міченої сечовини в шлунку пацієнта під дією уреазу бактерії *H. pylori*, пов'язаної з ферментами. Імуносорбентний метод – визначення антитіл до *H. pylori*, ПЛР – визначення *H. pylori* методом полімеразної ланцюгової реакції в калі.

Диференційну діагностику слід проводити з такими захворюваннями:

- 1) рак шлунка;
- 2) виразкова хвороба;
- 3) хронічний холецистит;
- 4) хронічний панкреатит;
- 5) хронічний коліт.

Ускладнення:

- 1) кровотеча.
- 2) залізодефіцитна анемія.
- 3) V_{12} -фолієводефіцитна анемія.
- 4) гастрогенний коліт.
- 5) гіполівітаміноз.
- 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 (лі-монтар, пентагастрин, глюконат кальцію).
2. Замісна терапія (шлунковий сік, пепсидил, пепсин, ацидин-пепсин, абомін, панзинорм, соляна кислота).

3. За наявності болю і диспепсичних 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 їжі, невеликими ковтками по 1/2–1 склянці 2–3 рази на день).

Лікування хронічного хелікобактерного гастриту (тип В)

При загостренні хворих госпіталізують. Лікувальне харчування – стіл № 1.

Медикаментозне лікування

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

Згідно з Маастрихтським консенсусом IV (2010), при **XГ типу В** доцільно проводити ерадикацію *H. pylori*.

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

1-й компонент	2-й компонент	3-й компонент
ІПП: 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

Схема 4-компонентної ерадикаційної терапії інфекції *H. pylori* (друга лінія)

1-й компонент	2-й компонент	3-й компонент	4-й компонент
ІПП: 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

XГ типу А – спеціального лікування немає. При супутній зовнішньо-секреторній недостатності підшлункової залози (стеаторея) – панкреатичні ферменти. За наявності мегалобластної анемії – внутрішньом'язово вітамін В₁₂ 1000 мкг протягом 6 днів, надалі впродовж місяця 1 раз на тиждень, далі – тривало протягом життя 1 раз на 2 міс.

XГ типу С – нормалізація моторики травного тракту та зв'язування жовчних кислот. Ефективними є прокінетики (мотиліум), холестирамін (6–10 г на добу) в поєднанні з антацидами (маалокс, фосфалюгель). При жовчному рефлюкс-гастриті – урсодезоксихолева кислота 250–500 мг на ніч протягом 6–8 тиж.

При НПЗЗ-індукованому гастриті відмінити НПЗЗ, при неможливості – використовувати селективні інгібітори ЦОГ-2. Препаратом вибору є мезопропростол (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», «Моршинська», «Поляна Квасова» – у теплому вигляді без газу по 3/4 склянки 3 рази на день за 1,0–1,5 год до їжі).

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 й алкоголю, періодичне приймання антацидів.

NB! Через 4 тиж після проведеного лікування повинен бути проведений контроль за ерадикацією *H. pylori* за допомогою дихального тесту з ¹³C-сечовиною або визначення фекального антигену Нр.

За відсутності ерадикації Нр – друга лінія лікування Нр-інфекції за схемами, рекомендованими Маастрихтським консенсусом 2-2000.

Лікування супутньої патології та ускладнень

При супутній мегалобласній анемії додатково призначають ін'єкції вітаміну В₁₂ (доза залежать від ступеня важкості анемії).

При рефлюкс-гастриті – прокінетики протягом 2–3 тиж.

При еозинофільному ХГ доцільне додаткове призначення антигістамінних препаратів.

При лімфоцитарному ХГ, пов'язаному з целіакією, суворе дотримання аглютененої дієти сприяє повному одужанню.

Середня тривалість лікування – 7–10 днів

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

Нр-інфікування за відсутності відповідного лікування триває протягом усього життя, позитивні результати самолікування не описані. Приблизно у 80 % хворих ерадикація Нр-інфекції сприяє повному одужанню від ХГ.

Хворим рекомендується індивідуальний дієтичний режим (з виключенням або обмеженням індивідуально несприйнятливих продуктів), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується паління та алкоголь. Рекомендовано санаторно-курортне лікування (курорти Закарпаття, Миргород).

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

Профілактика. Первинна – нормалізація способу життя, раціональне харчування, виключення шкідливих звичок, усунення професійних шкід-

ливостей. 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 хв до їжі, а з гіперацидним станом – через 1,5–2 год після їжі.

Характерні симптоми ГЕРХ у пацієнтів дитячого віку

Немовлята	Діти
Відмова від годування	Біль у животі/печія
Періодичне блювання	Відрижка
Поганий набір маси тіла	Дисфагія
Дратівливість	Біль в епігастральній ділянці та грудях
Розлад сну	Нічний біль
Респіраторні симптоми	Кисла відрижка
Вигинання спини під час годування	Періодичне блювання
Біль при ковтанні	Одинофагія (біль при проходженні їжі по стравоходу), яка виникає частіше при його ерозивно-виразкових ураженнях.

Позастравохідні прояви ГЕРХ

Бронхолегеневі	Хронічний кашель, рецидивуючі (аспіраційні) пневмонії, бронхіальна астма («неалергічна»)
Ларингофарингеальні	Захриплість, ларингіт, фарингіт, риніти, біль, почервоніння в горлі
Стоматологічні	Карієс, ураження зубної емалі, дентальні ерозії, неприємний запах з рота
Кардіальні	Епігастральний біль у лівій половині грудної клітки. Порушення серцевого ритму

Педіатричні групи високого ризику розвитку ГЕРХ та її ускладнень

Неврологічна інвалідність
Ожиріння
Усунена атрезія стравоходу в анамнезі
Грижа стравохідного отвору діафрагми
Ахалазія
Хронічні респіраторні розлади: бронхолегенева дисплазія, ідіопатичний інтерстиціальний фіброз, муковісцидоз, трансплантація легень в анамнезі
Недоношені діти
Передчасні пологи
Печія або регургітація кислим у сімейному анамнезі

«Червоні прапорці»: симптоми розладів, що не є GER

Симптоми та ознаки	Можливі діагностичні значення	Запропоновані дії
Шлунково-кишкові		
Часте, сильне «фонтомом» блювання	Можливо свідчити про гіпертрофічний пілоричний стеноз у немовлят віком до 2 міс	Направлення до дитячого хірурга
Блювотні маси з домішками жовчі (зеленого або жовто-зеленого кольору)	Можливо свідчити про кишкову непрохідність	Направлення до дитячого хірурга

Симптоми та ознаки	Можливі діагностичні значення	Запропоновані дії
Гематемезис (кров у блювотній масі) за винятком випадків проковтування крові, наприклад, після кровотечі з носа або проковтування немовлятами крові із тріщини на сосках при грудному вигодовуванні	Можливо, свідчить про серйозну та потенційно сильну кровотечу зі стравоходу, шлунка або верхнього відділу кишкового тракту	Направлення до спеціаліста
Початок регургітації та/або блювання у віці від 6 міс, або збереження після 1 року	Пізній початок можливо свідчить про причину, що не є рефлюксом, наприклад, інфекція сечовивідних шляхів. Збереження симптомів передбачає альтернативний діагноз	Мікробіологічне дослідження сечі. Направлення до спеціаліста
Кров у випорожненнях	Можливо, вказує на бактеріальний гастроентерит, алергію на білок коров'ячого молока або гостре хірургічне захворювання	Мікробіологічне дослідження випорожнень. Направлення до спеціаліста
Здуття живота, слабкість або наявність утворення	Свідчить про кишкову непрохідність або гостре хірургічне захворювання	Направлення до дитячого хірурга
Хронічна діарея	Може свідчити про харчову білково-індуковану гастроентеропатію (алергія на білок коров'ячого молока)	Направлення до спеціаліста
Системні		
Нездоровий вигляд. Лихоманка	Характерно для різних станів, у т. ч. системні інфекції	Клінічна оцінка та мікробіологічне дослідження сечі. Направлення до спеціаліста
Дизурія	Може означати наявність інфекції сечовивідних шляхів, особливо у немовлят та дітей молодшого віку	Клінічна оцінка та мікробіологічне дослідження сечі. Направлення до спеціаліста
Набухання тім'ячка	Припускається підвищений внутрішньочерепний тиск, наприклад, через менінгіт	Направлення до спеціаліста
Швидке зростання окружності голови (більше 1 см за тиждень). Стійкий ранковий головний біль та посилення блювання вранці	Може свідчити про підвищений внутрішньочерепний тиск, наприклад, через гідроцефалію або пухлину мозку	Направлення до спеціаліста
Порушена реактивність, наприклад, дратівливість, сонливість	Може свідчити про таке захворювання, як менінгіт	Направлення до спеціаліста
Немовлята або діти з наявністю або високим ризиком атопії	Може свідчити про алергію коров'ячого молока	Направлення до спеціаліста

Контроль початкового рівня знань

1. Хворий скаржиться на печію, відригування, що посилюється при нахилі тулуба, біль за грудниною при ковтанні. Чим зумовлена дана клінічна картина?

A. Хронічним гастритом.

D. Виразкою 12-палої кишки.

B. ГЕРХ.

E. Хронічним холециститом.

C. Виразкою шлунка.

2. У чоловіка 52 р., 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?

A. Гемолізом еритроцитів.

B. Хронічним гастритом.

C. Анемією, яка викликана ГЕРХ.

D. Анемією, яка викликана виразкою шлунка.

E. Анемією, яка викликана вадою серця.

3. Жінка 35 р. скаржиться на печію та біль при ковтанні. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?

A. Колоноскопія.

D. Рентгеноскопія шлунка.

B. рН-метрія.

E. Езофагогастроуденоскопія.

C. Ультразвукове дослідження.

4. Хвора 24 р. скаржиться на біль у грудній клітці під час сну, який іноді супроводжується печією. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?

A. ЕКГ.

D. Рентгеноскопія шлунка.

B. рН-метрія.

E. Ультразвукове дослідження.

C. Езофагогастроуденоскопія.

5. Хвора 29 р. скаржиться на печію, відрижку повітрям, періодичний біль при ковтанні. Який попередній діагноз найбільш імовірний?

A. Гострий гастрит.

D. ГЕРХ.

B. Хронічний гастрит типу А.

E. Виразкова хвороба шлунка.

C. Хронічний гастрит типу В.

6. У 20-річного службовця з'явився біль в епігастрії, який супроводжується печією. Прийом їжі усуває біль. Часто приймає соду, що тимчасово полегшує стан. Який метод найбільш інформативний для діагностики?

A. Фракційне дослідження шлункового вмісту.

B. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту.

C. Фіброезофагогастроуденоскопія.

D. рН-метрія шлунка.

E. Дуоденальне зондування.

7. Хворий 35 р. скаржиться на біль в епігастрії після їжі, печію та відрижку. При фіброгастроуденоскопії виявлена ерозія нижньої третини стравоходу. Найбільш вірогідний діагноз?

A. ГЕРХ.

C. Виразка шлунка.

E. ІХС.

B. Хронічний гастрит.

D. Хронічний гастроуденіт.

8. Хворий 42 р. скаржиться на утруднення при ковтанні твердої їжі, біль у нижній частині груднини, гикавку. Ваш попередній діагноз?

- A. Рак стравоходу. C. ГЕРХ. E. Рак шлунка.*
B. Дивертикул стравоходу. D. Хронічний езофагіт.
- 9.** Хвора 49 р. з підвищеною масою тіла скаржить на біль в епігастрії та печію вночі. Який метод дослідження найдоцільніший?
A. ЕКГ. C. Фракційне дослідження шлункового соку.
B. УЗД. D. Рентгеноскопія шлунка.
E. Езофагогастроуденоскопія.
- 10.** Хворий скаржить на інтенсивний біль під мечоподібним відростком, який посилюється вночі, після їжі не минає, а збільшується. Про яке захворювання можна думати в першу чергу?
A. Виразка 12-палої кишки. D. ГЕРХ.
B. Виразка шлунка. E. Хронічний гастрит типу В.
C. Хронічний гастрит типу А.
- 11.** Хворий скаржить на печію, відригування, почуття важкості в епігастрії, що з'являються після емоційного напруження. Чим зумовлена дана клінічна картина?
A. Хронічним гастритом. D. Виразкою 12-палої кишки.
B. Функціональною диспепсією. E. ГЕРХ.
C. Виразкою шлунка.
- 12.** Чоловік 32 р. скаржить 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?
A. Хронічним холециститом. D. Виразкою шлунка.
B. Хронічним гастритом. E. Хронічним панкреатитом.
C. Функціональної диспепсією.
- 13.** Жінка 35 р. скаржить на печію та біль при ковтанні. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?
A. Колоноскопія. D. Рентгеноскопія шлунка.
B. рН-метрія. E. Езофагогастроуденоскопія.
C. Ультразвукове дослідження.
- 14.** Хвора 24 р. скаржить на біль у грудній клітці під час сну, який іноді супроводжується печією. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?
A. ЕКГ. D. Рентгеноскопія шлунка.
B. рН-метрія. E. Ультразвукове дослідження.
C. Езофагогастроуденоскопія.
- 15.** Хвора 29 р. скаржить на слабкість, відрижку повітрям. Який попередній діагноз найбільш ймовірний?
A. ГЕРХ. D. Функціональна диспепсія.
B. Хронічний гастрит типу А. E. Виразкова хвороба шлунка.
C. Хронічний гастрит типу В.

16. У 30-річного службовця з'явився біль в епігастрії, який супроводжується печією. Робота пов'язана з нервовим перенапруженням. Який з перелічених методів найбільш інформативний для діагностики?

- A. Фракційне дослідження шлункового вмісту.
- B. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту.
- C. Фіброезофагогастродуоденоскопія.
- D. рН-метрія шлунка.
- E. Дуоденальне зондування.

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

- A. Функціональна диспепсія.
- C. Виразка шлунка.
- E. ГЕРХ.
- B. Хронічний гастрит.
- D. Хронічний гастродуоденіт.

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

- A. ГЕРХ.
- D. Хронічний езофагіт.
- B. Дивертикул стравоходу.
- E. Рак шлунка.
- C. Функціональна диспепсія.

19. Хвора 19 р. із підвищеною масою тіла скаржиться на біль в епігастрії та печію вночі. Який метод дослідження найдоцільніший?

- A. ЕКГ.
- C. Фракційне дослідження шлункового соку.
- B. УЗД.
- D. Рентгеноскопія шлунка.
- E. Езофагогастродуоденоскопія.

20. Хворий 31 р. скаржиться на інтенсивний біль під мечоподібним відростком, який посилюється після емоційного напруження, не минає після їжі. Про яке захворювання можна думати в першу чергу?

- A. ГЕРХ.
- D. Функціональна диспепсія.
- B. Виразка шлунка.
- E. Хронічний гастрит типу В.
- C. Хронічний гастрит типу А.

Контроль кінцевого рівня знань

1. У хворого, який скаржиться на печію, відрижку їжею, періодичний біль під мечоподібним відростком при ковтанні, виявлена анемія. Яка причина анемії найбільш вірогідна?

- A. ГЕРХ.
- D. Рак шлунка.
- B. Хронічний гастрит типу А.
- E. Все перераховане.
- C. Хронічний гастрит типу В.

2. З чим пов'язаний розвиток анемічного синдрому при ГЕРХ?

- A. З порушенням всмоктування заліза.
- B. Зі зниженням вмісту соляної кислоти.
- C. Зі зниженням фактора Кастла.
- D. З наявністю антитіл до клітин шлунка.
- E. Із розвитком ерозій стравоходу.

3. Яку клінічну характеристику має больовий синдром при ГЕРХ?
 - A. Зменшується після блювання.
 - B. Посилюється під час сну.
 - C. Посилюється при дефекації.
 - D. Супроводжується гіркотою в роті.
 - E. Збільшується після блювання.
4. Які патогенетичні механізми розвитку ГЕРХ переважають у вагітних жінок?
 - A. Підвищення кислотності шлункового вмісту.
 - B. Підвищення внутрішньочеревного тиску.
 - C. Зниження кислотності шлункового вмісту.
 - D. Дуоденостаз.
 - E. Гастростаз.
5. Назвіть основні клінічні форми ГЕРХ:
 - A. Неерозивна та ерозивна.
 - B. Стравохідна та позастравохідна.
 - C. Стриктурни стравоходу.
 - D. Стравохід Барретта.
 - E. Все перераховане.
6. Характерною особливістю болю при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі є:
 - A. Посилення після їжі.
 - B. Посилення під час їжі.
 - C. Біль натщесерце.
 - D. Іррадіація болю по ходу стравоходу.
 - E. Тривалий та пекучий характер болю.
7. Стравохід Барретта – це:
 - A. Ускладнення виразки шлунка.
 - B. Ускладнення цирозу печінки.
 - C. Ускладнення ГЕРХ.
 - D. Ускладнення хронічного гастриту.
 - E. Ускладнення виразки 12-палої кишки.
8. Для стравоходу Барретта характерне:
 - A. Виразки стравоходу.
 - B. Виразки шлунка.
 - C. Анемія.
 - D. Тонкокишкова метаплазія епітелію в слизовій стравоходу.
 - E. Метаплазія епітелію кардіального відділу шлунка.
9. Рабепразоловий тест допомагає:
 - A. Діагностувати ГЕРХ.
 - B. Діагностувати виразкову хворобу.
 - C. Виявити рівень секреції шлунка.
 - D. Діагностувати *H. Pylori*.
 - E. Діагностувати цироз печінки.
10. Яка комбінація препаратів найбільш ефективна при лікуванні ГЕРХ?
 - A. Інгібітор протонної помпи + прокінетик.
 - B. H₂-блокатор гістамінових рецепторів+антациди.
 - C. Спазмолітики + прокінетики.
 - D. M-холінолітик+ H₂-блокатор гістамінових рецепторів.
 - E. Спазмолітики+анальгетики.
11. У хворого, який скаржить на печію, відрижку їжею, періодичний біль під мечоподібним відростком при ковтанні, при ФЕГДС патології не виявлено. Яка причина скарг найбільш вірогідна?
 - A. Функціональна диспепсія.
 - B. Хронічний гастрит типу А.
 - C. Хронічний гастрит типу В.
 - D. ГЕРХ.
 - E. Все перераховане.

- 12.** З чим пов'язаний розвиток диспепсичного синдрому при ФД?
- A. З порушенням усмоктування.*
 - B. Зі зниженням вмісту соляної кислоти.*
 - C. Зі зниженням вмісту пепсину.*
 - D. З наявністю антитіл до клітин шлунка.*
 - E. З порушенням гастродуоденальної моторики.*
- 13.** Функціональна диспепсія – це:
- A. Симптомокомплекс, який включає в себе больовий синдром за відсутності морфологічних та метаболічних змін.*
 - B. Симптомокомплекс, який включає в себе больовий синдром, відчуття переповнення в верхній ділянці живота після їжі, які зазвичай супроводжуються іншими диспепсичними симптомами (нудота, блювання, печія, відрижка) за відсутності морфологічних та метаболічних змін.*
 - C. Симптомокомплекс, який включає в себе відчуття переповнення в верхній ділянці живота після їжі, що зазвичай супроводжуються іншими диспепсичними симптомами (нудота, блювання, печія, відрижка) за відсутності морфологічних та метаболічних змін.*
 - D. Симптомокомплекс, який включає в себе диспепсичні симптоми (нудота, блювання, печія, відрижка) за відсутності морфологічних та метаболічних змін.*
 - E. Симптомокомплекс, який включає в себе больовий синдром, відчуття переповнення в верхній ділянці живота після їжі, які зазвичай супроводжуються іншими диспепсичними симптомами (нудота, блювання, печія, відрижка).*
- 14.** До патогенетичних механізмів розвитку ФД відносяться:
- A. Підвищення кислотності шлункового вмісту.*
 - B. Порушення гастродуоденальної моторики.*
 - C. Зниження кислотності шлункового вмісту.*
 - D. Дуоденостаз.*
 - E. Гастростаз.*
- 15.** Назвіть основні клінічні типи ФД:
- A. Виразкова, дискінетична, неспецифічна.*
 - B. Неерозивна та ерозивна.*
 - C. Стравохідна та позастравохідна.*
 - D. Шлункова та кишкова.*
 - E. Всі перераховані.*
- 16.** Характерною особливістю клініки ФД є:
- A. Емоційна забарвленість скарг.*
 - B. Тривалий та пекучий характер болю.*
 - C. Іррадіація болю по ходу стравоходу.*
 - D. Посилення під час їжі.*
 - E. Біль натщесерце.*
- 17.** Основний метод діагностики ФД – це:
- A. Психологічні тести.*
 - B. Добове рН-моніторування.*
 - C. ФЕГДС.*
 - D. Дослідження секреторної функції шлунка.*
 - E. Рентгеноскопія органів травлення.*

18. Для ФД характерне:
- A. Виразки стравоходу.*
 - B. Виразки шлунка.*
 - C. Анемія.*
 - D. Відсутність морфологічних змін шлунка.*
 - E. Метоплазія епітелію кардіального відділу шлунка.*
19. Диференційний діагноз слід проводити з:
- A. ГЕРХ.*
 - B. Виразковою хворобою.*
 - C. Хронічним гастритом.*
 - D. Раком шлунка.*
 - E. Усіма переліченими хворобами.*
20. При лікуванні ФД може бути ефективним:
- A. Плацебо.*
 - B. H2-блокатор гістамінових рецепторів.*
 - C. Прокінетики.*
 - D. M-холінолітики.*
 - E. Все перераховане.*

Ситуаційні завдання

1. Хворий 30 р. скаржиться на біль в епігастрії, частіше під час сну, печію, які посилюються після вживання їжі. Об'єктивно: живіт безболісний при пальпації, печінка та селезінка не пальпуються. Який діагноз найбільш вірогідний?
- A. Рак шлунка.*
 - B. Виразка шлунка.*
 - C. Хронічний гастрит.*
 - D. Хронічний холецистит.*
 - E. ГЕРХ.*
2. Хвора 21 р., вагітна (термін 30 тиж) скаржиться на постійну печію, відрижку. До вагітності не хворіла. Чим скоріше за все можуть бути зумовлені дані прояви у хворої?
- A. Зниженням функції антирефлюксного бар'єра.*
 - B. Зниженням кліренсу стравоходу.*
 - C. Підвищенням внутрішньочеревного тиску.*
 - D. Порушенням спорожнювання шлунка.*
 - E. Нездатністю слизової оболонки стравоходу протистояти дії вмісту шлунка, яке закидається до стравоходу.*
3. Чоловік 65 р., який страждає на бронхіальну астму (БА) тривалий час, палить, скаржиться на напади задухи, які виникають при нахилах тулуба або в горизонтальному положенні, наявність відчуття раннього насичення після їжі, відрижку кислим. Ці прояви були розцінені ним як напади бронхіальної астми, але звичайні засоби купірування нападів БА 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 (ГЕРХ).*
 - D. Необхідністю змінити засіб для купірування нападу.*
 - E. 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?
- A. Виразка шлунка. D. ГЕРХ.
 B. Хронічний гастрит. E. Дискінезія жовчного міхура.
 C. Хронічний панкреатит.
5. Хворій 22 р., яка перебуває на обстеженні та лікуванні в гастроентерологічному відділенні, встановлено діагноз ГЕРХ. Комбінація яких груп препаратів найбільш ефективна для лікування?
- A. Спазмолітики+антациди.
 B. Анальгетики+антациди.
 C. Антибактеріальні препарати+інгібітори протонної помпи.
 D. Гепатопротекторні препарати+блокатори H2-рецепторів гістаміну.
 E. Інгібітори протонної помпи+прокінетики.
6. Хвора, пекар-кондитер, скаржиться на біль, що періодично виникає в надчеревній ділянці під час сну та печію після прийому їжі. Об'єктивно: хвора має надмірну масу тіла. Ураження якого органа найбільш імовірно?
- A. Шлунка. C. Підшлункової залози. E. Стравоходу.
 B. Жовчного міхура. D. Кишечника.
7. Хвора 80 р. доставлена в приймальне відділення з болем під метоподібним 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 при пальпації. Яка найбільш імовірна причина абдомінального болю?
- A. Інфаркт міокарда. C. Гострий панкреатит. E. ГЕРХ.
 B. Гострий гастрит. D. Жовчна колька.
8. Чоловік 60 р. скаржиться на сильну печію, періодичний біль в епігастрії, за грудниною, який посилюється при нахилах тулуба та після вживання будь-якої їжі. Після прийому 20 мг рабепразолу протягом першого дня ці симптоми зникли. Ця клінічна картина характерна для:
- A. Хронічного гастриту типу В. D. Хронічного панкреатиту.
 B. Виразкової хвороби 12-палої кишки. E. Хронічного гепатиту.
 C. ГЕРХ.
9. Чоловіку зі шлунковою диспепсією проведена ФГДС, при якій виявлено стравохід Барретта. Це ускладнення характерне для:
- A. Виразкової хвороби шлунка. D. ГЕРХ.
 B. Хронічного гастриту типу А. E. Хронічного гепатиту.
 C. Хронічного панкреатиту.
10. У хворого при ФГДС виявлені множинні ерозії стравоходу. З яким захворюванням пов'язане їх виникнення?

А. ГЕРХ, неерозивна форма.

Д. Жовчнокам'яна хвороба.

В. ГЕРХ, ерозивна форма.

Е. Виразкова хвороба шлунка.

С. Хронічний гастрит типу А.

11. Хворий 37 р. 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.

Д. Хронічний холецистит.

В. Виразка шлунка.

Е. Функціональна диспепсія.

С. Хронічний гастрит.

12. Вагітна жінка 25 р. (термін 28 тиж) скаржиться на постійну печію, відрижку, безсоння, часті мігрені. До вагітності не хворіла. Чим скоріше за все можуть бути зумовлені дані прояви у хворой?

А. Зниженням функції антирефлюксного бар'єра.

В. Зниженням кліренсу стравоходу.

С. Функціональною диспепсією.

Д. Порушенням спорожнювання шлунка.

Е. Нездатністю слизової оболонки стравоходу протистояти дії вмісту шлунка, який закидається до стравоходу.

13. Хворий 65 р., будівельник, страждає на бронхіальну астму, скаржиться на напади задухи, які виникають при нахилах тулуба або в горизонтальному положенні, а також почуття раннього насичення 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.

14. Хворий 45 р. скаржиться на печію та відрижку, роздратованість, періодичний біль в епігастрії помірної інтенсивності без іррадіації, який зникає після їжі. При ФГДС – без патології. Для якого захворювання це характерно?

А. Виразка шлунка.

Д. Функціональна диспепсія.

В. Хронічний гастрит.

Е. Дискінезія жовчного міхура.

С. Хронічний панкреатит.

15. Хворий 22 р., програміст, перебуває на обстеженні та лікуванні в гастроентерологічному відділенні. Після ґрунтового обстеження встановлено діагноз «Функціональна диспепсія, виразковий варіант». Комбінація яких груп препаратів найбільш ефективна для лікування?

А. Спазмолітики + антациди.

В. Анальгетики + антациди.

С. 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 надчеревній ділянці під час сну та печію після прийому їжі, при нахилах тулуба. Об'єктивно: хвора має надмірну масу тіла. Ураження якого органа найбільш імовірно?

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

17. Пацієнт 70 р., пенсіонер, доставлений у стаціонар зі скаргами на біль під мечоподібним відростком помірної інтенсивності, який виникає під час сну, супроводжувався нудотою та іноді блюванням, зникає після прийому антацидів. В анамнезі скарги на печію протягом останніх 12 міс. Живіт бере участь у акті дихання, помірно болючий в епігастрії при пальпації. При обстеженні органічної патології травної системи не виявлено. Яка найбільш імовірна причина абдомінального болю?

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

18. Хвора 43 р., скаржиться на періодичний біль в епігастрії без іррадіації, печію, які посилюються після вживання їжі, мігрень та безсоння. В анамнезі стресові ситуації. Шкідливі звички заперечує, намагається вести здоровий спосіб життя. Після прийому 20 мг омепразолу протягом перших двох днів ці симптоми зникли. Для якого захворювання характерна ця клінічна картина?

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

19. Чоловік 55 р., електромонтер, скаржиться на безсоння через нічний біль в епігастрії, почуття швидкого насичення після їжі, переповнення шлунка та здуття живота, встановлений діагноз шлункової диспепсії. Для якого варіанту захворювання характерна ця клінічна картина?

*A. Виразкового. C. Неспецифічного.
B. Дисмоторного. D. Усього перерахованого.*

20. У хворого 52 р., який працює водієм, має шкідливі звички – палить та періодично вживає алкоголь, при ФГДС виявлені множинні ерозії стравоходу. З яким захворюванням пов'язане їх виникнення?

*A. Неерозивна форма ГЕРХ. D. Функціональна диспепсія.
B. Ерозивна форма ГЕРХ. E. Виразкова хвороба шлунка.
C. Хронічний гастрит типу А.*

ВІРНІ ВІДПОВІДІ

Початковий рівень знань

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

Кінцевий рівень знань

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

Ситуаційні завдання

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

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Дайте визначення терміну ГЕРХ.
2. Назвіть 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? Ендоскопічні 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 виразкової 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. Дайте визначення терміну «гастрит». Назвіть 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

- Провести курацію хворих з ГЕРХ, ФД та ХГ.
- Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.
- Дати інтерпретацію отриманим інструментальним методам дослідження.
- Провести диференційний діагноз ГЕРХ, ФД та ХГ.
- Назвати ускладнення ГЕРХ, ФД та ХГ.
- Виписати рецепти щодо симптоматичної терапії захворювань.

Протокол клінічного розбору хворого (єдина форма)

П.І.Б 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. _____

ЛІТЕРАТУРА

Базова

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей», 2023 рік. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/2023_kn-gerh-u-ditej.pdf
2. Внутрішня медицина : підручник : у 3 т. / К. М. Амосова та ін. ; за ред. К. М. Амосової. Київ : Медицина, 2008. Т. 1. 1056 с.
3. Внутрішня медицина : підручник : у 3 т. / А. С. Свінцицький та ін. ; за ред. К. М. Амосової. Київ : Медицина, 2009. Т. 2. 1088 с.
4. Внутрішня медицина. Порадник лікарю загальної практики : навч. посіб. / А. С. Свінцицький та ін. ; за ред. А. С. Свінцицького. Київ : ВСВ «Медицина», 2014. 1272 с.
5. Інфекційні хвороби : підручник / О. А. Голубовська та ін. ; за ред. О. А. Голубовської. Київ : ВСВ «Медицина». 2014. 783 с.
6. Клінічна настанова «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба», реєстровий номер КНп2017-136. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2017_akn_gerh.pdf
7. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
8. Наказ МОЗ України від 31.10.2013 р. № 943 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба».
9. 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».
10. Передерій В. Г., Ткач С. М. Основи внутрішньої медицини : підручник : в 3 т. Вінниця : «Нова книга», 2009. Т. 1. 640 с.
11. Передерій В. Г., Ткач С. М. Основи внутрішньої медицини : підручник : в 3 т. Вінниця : «Нова книга», 2009. Т. 2. 784 с.
12. Передерій В. Г., Ткач С. М. Основи внутрішньої медицини : підручник : в 3 т. Вінниця : «Нова книга», 2010. Т. 3. 1006 с.
13. Практикум з внутрішньої медицини : навч. посіб. / К. М. Амосова та ін. Київ : Український медичний вісник, 2012. 416 с.
14. For Pediatric Gastroenterology Chapter of Indian Academy of Pediatrics, Indian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ISPGHAN). Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Children: Recommendations of Pediatric Gastroenterology Chapter of Indian

Academy of Pediatrics, Indian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ISPGHAN) / N. Mohan et al. *Indian Pediatr.* 2021 Dec 15;58(12):1163–1170. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34183467.

15. Gonzalez Ayerbe J.I., Hauser B., Salvatore S., Vandenplas Y. Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Infants and Children : from Guidelines to Clinical Practice. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2019 Mar; 22(2):107–121. DOI: 10.5223/pghn.2019.22.2.107. Epub 2019 Mar 8. PMID: 30899687; PMCID: PMC6416385.

16. CHEST Expert Cough Panel. Chronic Cough and Gastroesophageal Reflux in Children : CHEST Guideline and Expert Panel Report / AB Chang et al. *Chest.* 2019 Jul; 156(1):131–140. DOI: 10.1016/j.chest.2019.03.035. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31002783; PMCID: PMC6859246.

17. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines : Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) / Y. Vandenplas et al. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 49(4). P. 498–547, October 2009. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3181b7f563

18. Baird D. C., Harker D. J., Karmes A. S. Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux in Infants and Children. *Am Fam Physician.* 2015 Oct 15;92(8):705–14. PMID: 26554410.

19. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines : Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition / R. Rosen et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018 Mar; 66(3):516–554. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001889. PMID: 29470322; PMCID: PMC5958910.

20. Clinical Practice Guidelines on Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease : A Systematic Quality Appraisal of International Guidelines / J. Harris. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2022 Mar; 25(2):109–120. DOI: 10.5223/pghn.2022.25.2.109. Epub 2022 Mar 10. PMID: 35360381; PMCID: PMC8958056.

21. Lightdale J. R., Gremse D. A. Section on Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Gastroesophageal reflux : management guidance for the pediatrician. *Pediatrics.* 2013 May;131(5):e1684–95. DOI: 10.1542/peds.2013-0421. Epub 2013 Apr 29. PMID: 23629618.

22. Kryuchko T. O., Nesina I. M., Tkachenko O. Y. Diagnostic algorithm and peculiarities of monitoring for infants with disorders of the gastrointestinal tract. *Wiadomości Lekarskie.* 2017; LXX(2):275–81

Допоміжна

1. Наказ МОЗ України № 1179 від 29 червня 2023 року Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей». URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/nakaz_1179_29062023.pdf

2. «Gastro-oesophageal reflux disease in children and young people: diagnosis and management» NICE guideline [NG1] 2019 URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng1>

3. Стандарт медичної допомоги гастроєзофагеальна рефлюксна допомога у дітей URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/1179_29062023_smd.pdf

Інформаційні ресурси

1. Сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології ХНМУ <http://vnmed3.kharkiv.ua/>

2. Встановлене інформаційно-освітнє середовище Moodle на піддомен сайту <http://distance-training.vnmed3.kharkiv.ua>

Навчальне видання

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА. ДИСПЕПСІЯ. ХРОНІЧНІ ГАСТРИТИ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи
здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу
з дисципліни «Внутрішня медицина»*

Видання 2-ге, перероблене та доповнене

Упорядники Журавльова Лариса Володимирівна
 Цівенко Оксана Іванівна
 Лахно Ольга Вікторівна
 Кулікова Марія Вікторівна
 Пивоваров Олександр Васильович

Відповідальна за випуск Л.В. Журавльова



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

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,5. Зам. № 24-34383.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knu.edu.ua**

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