

Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги дорослим хворим на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки

Наприкінці 2012 р. в Україні офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги, в основу якого покладено створення медико-технологічних документів (МТД), що базуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Виконання вимог МТД — обов'язкове для всіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також фізичних осіб-підприємців. Редакція «Українського медичного часопису» підготувала більш зручну форму інформації щодо необхідних дій лікарів первинної ланки та лікарів-гастроентерологів при наданні медичної допомоги хворим на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 03.09.2014 р. № 133, підготовленого мультидисциплінарною робочою групою, до складу якої входили фахівці зі спеціальностей «Хірургія», «Терапія», «Загальна практика — сімейна медицина», «Гастроентерологія», за методичної підтримки Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України».

Діагноз «пептична виразка шлунка/дванадцятипалої кишки» встановлюють за наявності виразки слизової оболонки шлунка чи дванадцятипалої кишки (відповідно) при проведенні ендоскопічного обстеження. Виразка є ушкодженням епітелію, що розповсюджується у м'язову пластинку слизової оболонки. Пептична виразка може призвести до розвитку ряду ускладнень, у тому числі ургентних, наприклад гострих шлунково-кишкових кровотеч або перфорації.

Лікарі загальної практики — сімейні лікарі та дільничні терапевти відіграють важливу роль в організації профілактичних заходів, своєчасного виявлення, лікування у разі неускладненої пептичної виразки. При ускладненому перебігу пептичної виразки, за необхідності хірургічного втручання лікування здійснюють у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Дії лікаря загальної практики відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України

Діагностика

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній ділянці.

Критерії діагностики пептичної виразки

Підтвердженою виразкою шлунка чи дванадцятипалої кишки вважається виразковий дефект слизової оболонки шлунка чи дванадцятипалої кишки, виявлений під час проведення ендоскопічного обстеження. Виразка є ураженням епітелію, що розповсюджується у м'язову пластинку слизової оболонки.

Для встановлення діагнозу пептичної виразки враховуються такі клінічні ознаки:

- абдомінальний біль в епігастрії, пілородуоденальній ділянці, зазвичай нападаю-

подібний, ріжучий, пекучий, рідше — ниючий, який має чіткий зв'язок із прийомом їжі, виникає або підсилюється натще, через 2–3 год після прийому їжі, зменшується після її прийому; більше половини хворих скаржаться на нічний біль;

- диспептичний синдром включає печію, відрижку кислим, нудоту, іноді блювання, що приносить полегшення.

Основний критерій діагностики — ендоскопічно підтверджений виразковий дефект у дванадцятипалій кишці або шлунку (доброякісність шлункової виразки обов'язково має бути підтверджена при морфологічному дослідженні множинних біоптатів). Кожна езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) має супроводжуватися біопсією. Один біоптат береться з антрального відділу шлунка для проведення швидкого уреазного тесту на наявність інфекції *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Ще два біоптати беруть з антрального відділу і тіла шлунка для морфологічного дослідження: гістологічної діагностики інфекції *H. pylori*, атрофії, дисплазії чи неоплазії, виключення рідкісних або атипичних причин.

Симптоми, що свідчать про можливість ускладнень пептичної виразки:

- гематемезис — блювота у вигляді «кавової гущі»;
- дьогтьоподібні (-ий) випорожнення (кал) чорного кольору;
- виникнення гострого «кинджального» болю в епігастральній ділянці, що супроводжується розвитком колаптоїдного стану;
- поява стійкого болю, що втратив попередній зв'язок із прийомом їжі, супроводжується підвищенням температури тіла, підвищенням швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ).

Доведено, що основними методами діагностики пептичної виразки є ЕГДС та встановлення інфікування *H. pylori*.

Для діагностики інфекції *H. pylori* перш за все підходять прямі методи, які виявляють бактерію (гістологія, мікробіологічний

метод розведення), репрезентативний антиген (антиген-тест випорожнення (калу)) або специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при дихальному тесті на сечовину).

Проведення ЕГДС необхідне для верифікації діагнозу, а також для контролю за лікуванням пацієнтів із пептичною виразкою шлунка.

Дії лікаря

1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:

- Наявність типових симптомів пептичної виразки.
- Наявність симптомів, що свідчать про можливість розвитку ускладнень пептичної виразки.
- Наявність симптомів інших органічних (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), рак шлунка) та функціональних уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (функціональна диспепсія, диспепсія, індукована застосуванням лікарських засобів, функціональне блювання тощо).

Диференційна діагностика

Диференційну діагностику пептичної виразки шлунка проводять перш за все з раком шлунка. У встановленні правильного діагнозу допомагає врахування «малих ознак» — немотивована прогресуюча втрата маси тіла, немотивована анемія, симптоми диспепсії, які вперше виникли у віці старше 45 років. На користь злоякісного новоутворення свідчать великі розміри виразок (особливо в осіб молодого віку), локалізація виразкового дефекту на великій кривизні шлунка, нерівність і бугристість контурів, інфільтрація слизової оболонки навколо виразки, ригідність стінки в ділянці виразки, підвищення ШОЕ. Множинна, виконана не менше ніж із 5 ділянок країв і дна виразкового дефекту біопсія, сприяє встановленню правильного діагнозу, при цьому менших сумнівів необхідна повторна біопсія.

Слід диференціювати пептичні виразки з функціональною диспепсією, GERX, симптоматичними виразковими дефектами, зумовленими ендокринною патологією. Гастродуоденальні виразки у хорих на гіперпаратиреоз відрізняються від пептичної виразки наявністю ознак підвищеної функції паращитовидних залоз (м'язова слабкість, біль у кістках, спрага, поліурія). Діагноз підтверджується за допомогою ультразвукової діагностики (УЗД) щитовидної та паращитовидної залоз, дослідження рівня іонізованого кальцію, фосфору і паратгормону у крові.

Гіпергастринемія (синдром Золлінгера — Еллісона) характеризується тріадою симптомів: стійко рецидивуючі постбульбарні виразки дванадцятипалої кишки, виражена шлункова базальна гіперсекреція, аденома підшлункової залози, яка походить із G-клітин, що продукують гастрин. Підтверджують діагноз провокаційні проби з глюкагоном, УЗД та комп'ютерна томографія підшлункової залози.

2. Лабораторні методи обстеження:

- Загальний аналіз крові — за показаннями.
- Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).
- Направити на діагностику інфекції *H. pylori*.

3. Інструментальні методи дослідження:

- Направити на ЕГДС.
- Направити на рентгеноскопію шлунка (за неможливості проведення ЕГДС).

4. Направити пацієнта на консультацію до:

- Гастроентеролога — при пептичній виразці шлунка, при рецидивному та ускладненому перебігу пептичної виразки, невдалій ерадикації інфекції *H. pylori*.
- Хірурга — за наявності ознак ускладнень пептичної виразки: шлунково-кишкової кровотечі, стенозу ворота, пенетрації, перфорації.
- Онколога — при виявленні ознак злоякісної виразки шлунка.

Лікування

Метод лікування, спосіб прийому та дозування лікарських засобів, включаючи інгібітори протонної помпи (ІПП), визначаються перебігом захворювання та індивідуальною відповіддю пацієнта, наявністю інфекції *H. pylori*.

Антихелікобактерну терапію у разі виразки шлунка призначають лише після отримання результатів морфологічного дослідження біоптатів із краю виразкового дефекту, що свідчать про доброякісний характер виразки.

За необхідності призначають симптоматичне лікування.

Факторами, що піддаються впливу, для ефективності терапії проти *H. pylori* є прихильність до лікування, тютюнопаління і ступінь пригнічення кислотності.

На початковому етапі лікування інфекції *H. pylori* проводять щонайменше тижневу потрійну терапію, що включає ІПП, кларитроміцин та метронідазол або амокси-

цилін. Подовження схем ерадикаційної терапії до 10–14 днів, застосування послидочної схеми приводить до вірогідно більшої частки успішної ерадикації.

За наявності інфекції *H. pylori* підвищується ризик розвитку ускладнених та неускладнених пептичних виразок. Антихелікобактерна терапія знижує цей ризик та особливо показана пацієнтам з анамнезом виразки. Сама по собі ерадикаційна терапія недостатня для профілактики рецидивів гострих шлунково-кишкових кровотеч.

Якщо починається лікування із застосуванням нестероїдних протизапальних та протиревматичних засобів (НППЗ), необхідно здійснювати поєднаний прийом ІПП за наявності хоча б одного фактора ризику розвитку пептичної виразки.

Дії лікаря

Обов'язкові

Призначити режим харчування, праці та відпочинку, відмову від вживання алкоголю та тютюну (див. *Пам'ятку*).

Пам'ятка для пацієнта з пептичною виразкою

Пептична виразка — це відкрита виразка, яка розвивається на слизовій оболонці шлунка (виразка шлунка) чи тонкого кишечника (виразка дванадцятипалої кишки).

Причини розвитку пептичної виразки

Пептичні виразки можуть уражати осіб будь-якого віку, в тому числі дітей. Захворювання однаковою мірою уражає осіб обох статей. Хоча фактори способу життя, такі як харчування, тютюнопаління, споживання алкоголю і стрес, можуть впливати на розвиток пептичної виразки, на сьогодні відомо, що основною причиною виникнення пептичної виразки є бактерія *H. pylori*. Крім того, деякі лікарські засоби, особливо НППЗ, ацетилсаліцилова кислота, при тривалому застосуванні можуть сприяти розвитку пептичної виразки.

Коли слід звертатися за медичною допомогою

Пекучий біль у верхній ділянці живота, який виникає через 2–5 год після прийому їжі, може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Часто біль виникає вночі, посилюється на голодний шлунок, прийом їжі може допомогти зменшити вираженість болю. До менш розповсюджених симптомів пептичної виразки належать: порушення травлення та печія, блювання і втрата апетиту. За наявності цих симптомів Вам слід обов'язково звернутися до Вашого лікаря. Хоча деякі безрецептурні лікарські засоби можуть на деякий час полегшити симптоми пептичної виразки, але вони не усувають саме захворювання.

Тривожними симптомами, що свідчать про серйозні ускладнення пептичної виразки (внутрішньої кровотечі) та потребують негайного звернення до лікаря, є:

- блювота з домішками крові яскраво-червоного чи більш темного кольору, має зернисту консистенцію, подібну до кавових гранул;
- випороження (кал) — дуже темного кольору або дьогтьоподібне(-ий);

- раптовий різкий біль у ділянці живота (шлунка), який постійно посилюється.

Встановлення діагнозу

Хоча Ваш лікар може запідозрити виразку на підставі Вашої розповіді про симптоми, для підтвердження діагнозу необхідно пройти обстеження.

Ендоскопія — найбільш точний метод для підтвердження наявності пептичної виразки. Процедура проводиться амбулаторно, передбачає введення ендоскопа у шлунок і дванадцятипалу кишку. При проведенні ендоскопії спеціаліст може взяти зразок тканини шлунка чи дванадцятипалої кишки, який піддають аналізу на наявність *H. pylori* одночасно з проведенням процедури.

Лікування

План Вашого лікування буде залежати від того, чи викликана пептична виразка інфекцією *H. pylori*, чи застосуванням НППЗ, чи в деяких випадках поєднанням інфекції *H. pylori* та застосуванням НППЗ.

Для лікування у разі пептичної виразки, викликаної інфекцією *H. pylori*, призначається ерадикаційна терапія, яка включає антибактеріальні лікарські засоби. Для лікування пептичної виразки, спричиненої застосуванням НППЗ, за відсутності інфекції *H. pylori*, призначають інгібітори протонної помпи (ІПП) впродовж 1–2 міс. Також необхідно переглянути режим застосування НППЗ або призначити інший знеболювальний препарат. **Лікарські засоби призначає тільки лікар!**

З метою забезпечення ефективності та безпеки фармакотерапії необхідно дотримуватися рекомендацій щодо застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/чи вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Загальні рекомендації щодо режиму харчування

- Необхідно уникати переїдання, не їсти на ніч і не вживати дуже гарячої та дуже холодної їжі.
- Приймаючи їжу слід не кваплячись, ретельно пережовувати їжу.
- Слід відмовитися від тютюнопаління та вживання алкоголю.
- Необхідно уникати вживання продуктів, що призводять до надмірної секреції шлункового соку (алкоголь, кава, шоколад, кетчупи, жирні, смажені, гострі страви, газовані напої, кислі соки, маринади).
- Їжа має бути зварена у воді або на пару, окремі блюда можна запікати, але без скоринки.
- Приймаючи їжу слід 4–5 разів на день в один і той же час.

ДОЗВОЛЯЮТЬСЯ

- Напої — неміцний чай, чай з молоком або вершками, слабок какао з молоком або вершками.
- Хлібні вироби — хліб пшеничний білий вчорашньої випічки, сухарі білі, печиво нездобне або галетне.

- Закуси — сир негострий, шинка нежирна й несолена, салат із відварних овочів, м'яса і риби, варена ковбаса (докторська, молочна і дієтична).
- Молоко та молочні продукти — молоко незбиране, вершки, свіжа сметана, свіжий протертий сир.
- Жири — масло вершкове несолоне, рафіновані рослинні олії.
- Яйця — зварені на м'яко, не більше 2 штук на тиждень, омлет паровий.
- Супи — супи протерті, суп-пюре з варених овочів (крім капусти) на відварі з круп і дозволених овочів, молочний суп із дрібною вермішелью.
- Овочі — картопля, морква, буряк, цвіт-на капуста, молоді гарбуз і кабачки, обмежено — зелений горошок, дрібно шинкований кріп — у супи.
- М'ясні та рибні страви — яловичина нежирна, телятина, курка, кролик, індичка, нежирні сорти риби (судак, короп, окунь тощо), готують у вигляді парових котлет, суфле, пюре, зраз, кнелів, відварюють шматком.
- Крупи — манна, рис, гречана, вівсяна, каші варять на молоці або воді. Вермішель або макарони дрібно рубані, відварні.
- Фрукти, ягоди, солодощі — солодкі сорти фруктів, ягід у вигляді компотів, киселів, мусів, желе, в запеченому вигляді, варення, зефір, пастила.
- Соки — у сирому вигляді з дозволених овочів, солодких ягід і фруктів, відвар із плодів шипшини.

ВИКЛЮЧАЮТЬСЯ

- М'ясні та рибні страви — м'ясні, рибні і міцні овочеві відвари і бульйони, жирні сорти м'яса і риби, соління, копченості, маринади, м'ясні та рибні консерви.
- Хлібні вироби — випічка зі здобного тіста, пироги, чорний хліб.
- Фрукти, ягоди, овочі — сирі не протерті овочі та фрукти, білокачанна капуста, ріпа, редька, щавель, шпинат, цибуля, огірки, гриби, всі консервовані овочі з додаванням оцту.
- Напої — квас, чорна кава, газовані напої, всі соуси, окрім молочного.
- Солодощі — морозиво, шоколад.

Якщо у хворого виражене загострення із тривалим больовим синдромом, то в перші 7–8 днів лікування харчування має бути з великими обмеженнями: виключають повністю хліб, будь-які овочі, закуски, всі страви — лише у протертому вигляді.

Дії лікаря

Призначити медикаментозну терапію.

Схеми ерадикаційної антихелікобактерної терапії

NB! Лікарські засоби необхідно приймати перед їжею.

Трикомпонентна терапія:

- ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу впродовж 10–14 днів.
- При алергії на пеніцилін:
- ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу +

метронідазол 500 мг 2 рази на добу впродовж 7–14 днів.

- **NB!** Застосування ІПП останнього покоління у високих дозах (езомепразол 40 мг 2 рази на добу) призводить до підвищення ефективності трикомпонентної схеми.

Послідовна терапія:

- ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу 5 днів із подальшим переходом на ІПП + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу + метронідазол (або тинідазол) 500 мг 2 рази на добу 5 днів.

Терапія другої лінії (квадротерапія)

(призначають у разі неефективності трикомпонентної чи послідовної терапії, при непереносимості або резистентності до кларитроміцину):

- ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + вісмуту субцитрат 120 мг 4 рази на добу + метронідазол 500 мг 3 рази на добу + тетрациклін 500 мг 4 рази на добу впродовж 10–14 днів.

Терапія «порятунку» (призначають у разі відсутності ерадикації інфекції *H. pylori* після другого курсу лікування):

- ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу + левофлоксацин 500 мг 1 раз на добу або рифабутин 300 мг 1 раз на добу впродовж 10–14 днів.

Особливості фармакотерапії при пептичній виразці

А. Доцільне призначення пробіотиків в період антихелікобактерної терапії протягом 14 днів, оскільки вони підвищують ефективність ерадикації та запобігають розвитку дисбіотичних порушень кишечника.

Б. Після проведення ерадикаційної терапії пептичної виразки, асоційованої із застосуванням НППЗ, необхідне призначення ІПП у стандартній дозі або антагоністів

H_2 -рецепторів у подвійній дозі; додатково можуть бути призначені сукральфат або вісмуту субцитрат. Тривалість лікування — 14–28 днів залежно від локалізації виразки.

В. У разі неускладненої пептичної виразки дванадцятипалої кишки подальше застосування ІПП не потрібне.

Г. До отримання результатів біопсії для полегшення симптомів пептичної виразки за необхідності можуть бути призначені антагоністи H_2 -рецепторів, антациди, альгірати, спазмолітичні засоби.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці та за відсутності ускладнень пацієнтам, які раніше не лікувалися від інфекції *H. pylori*, призначити ерадикаційну антихелікобактерну терапію за однією зі схем першої лінії: стандартна трикомпонентна терапія чи послідовна терапія.

2. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці, асоційованій із застосуванням НППЗ, та за відсутності ускладнень після проведення антихелікобактерної терапії призначають ІПП у стандартній дозі або антагоністи H_2 -рецепторів у подвійній дозі впродовж 14–28 днів залежно від локалізації пептичної виразки; додатково можуть бути призначені сукральфат, вісмуту субцитрат.

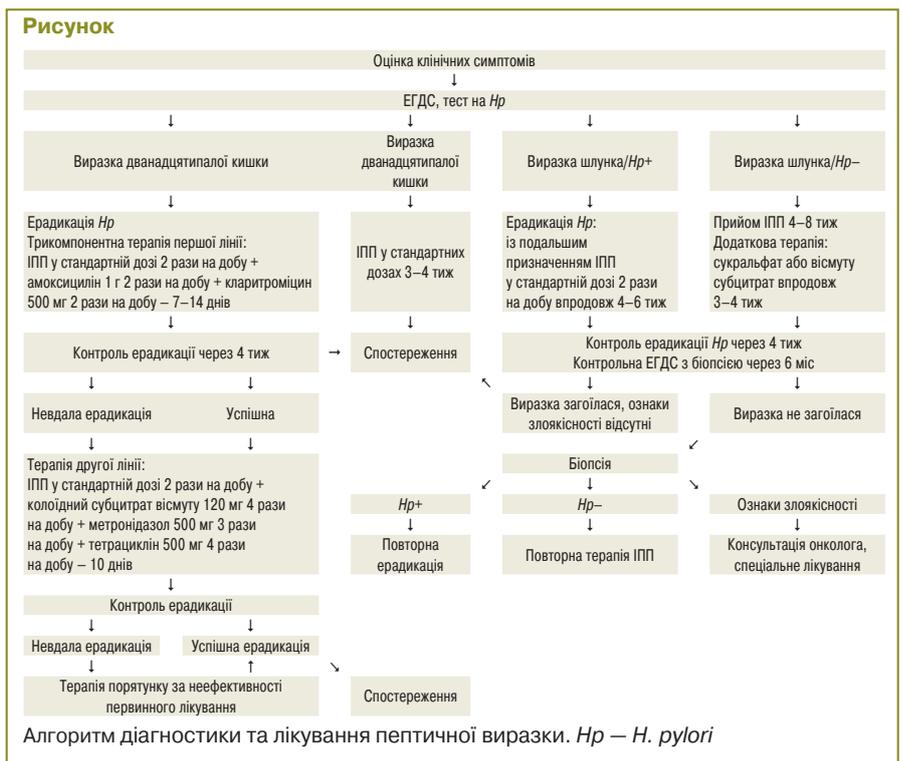
3. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці та за відсутності ускладнень призначити ІПП у стандартних дозах впродовж 3–4 тиж при дуоденальній локалізації виразки, 4–8 тиж — при виразці шлунка (рисунк).

Бажани

Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

Подальше спостереження

Пацієнти з неускладненою пептичною виразкою дванадцятипалої кишки після



успішної ерадикації інфекції *H. pylori* не потребують диспансерного нагляду.

Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та пацієнти з виразкою шлунка перебувають на диспансерному обліку у лікаря-гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з планом диспансеризації.

Пептична виразка може бути чинником розвитку тяжких ускладнень, зокрема кровотечі, перфорації, пенетрації, малігнізації.

Ефект проведеного лікування при пептичній виразці шлунка та/чи дванадцятипалої кишки потребує контролю. Ефективність ерадикаційної терапії необхідно контролювати за будь-яких інших терапевтичних показань.

Між завершенням терапії антибіотиками і контролем ефективності лікування має пройти мінімум 4 тиж. Між закінченням ІПП-терапії та достовірним контролем ефективності ерадикації має пройти мінімум 2 тиж.

У пацієнтів із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка необхідне проведення контрольної ендоскопії. У таких випадках терапевтичний контроль поєднує уреазний тест і гістологічне дослідження біопсії з антрума і тіла шлунка.

Якщо контрольна ендоскопія не потрібна, необхідне проведення контролю ерадикації за допомогою ¹³C-дихального тесту на вміст сечовини або моноклонального аналізу випорожнення (калу) на антигени.

З метою запобігання гастродуоденальним ускладненням застосування селективного інгібітора циклооксигенази (ЦОГ)-2 є альтернативним підходом до комбінування ІПП і НППЗ.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о).

2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на оброблення персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).

3. Направити на діагностику ефективності ерадикації *H. pylori*-інфекції через 4 тиж після закінчення ерадикаційної терапії.

4. Направити на ЕГДС для контролю за загосненням виразки шлунка через 6 міс.

5. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну (див. розділ «Лікування» у Діях лікаря загальної практики).

6. Надавати роз'яснення щодо необхідності суворого дотримання правил застосування НППЗ для пацієнтів, яким вони призначені (після прийому їжі, у зазначених лікарем дозах), та запобігання безконтрольному застосуванню НППЗ.

7. Проводити 1 раз на рік диспансеризацію пацієнта, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжувальних факторів і за необхідності — проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога.

Бажані

У разі необхідності тривалого застосування НППЗ препаратами вибору є селективні інгібітори ЦОГ-2.

Профілактика

Уникнення факторів, які провокують виникнення пептичної виразки: тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю, неконтрольоване застосування НППЗ.

Виявлення осіб із факторами ризику (пацієнти, які контактують з особами, інфікованими *H. pylori*; пацієнти, яким планується тривале застосування НППЗ або ацетилсаліцилової кислоти).

Доведено, що основним фактором розвитку пептичних виразок є інфекція *H. pylori* (≈80% випадків виразки шлунка та ≈95% випадків виразки дванадцятипалої кишки), а також застосування НППЗ (≈20% випадків виразки шлунка та ≈5% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Своєчасне лікування, спрямоване на інфекцію *H. pylori*, в поєднанні з корекцією способу життя є складовою терапії та профілактики подальшого розвитку пептичної виразки і злоскісних новоутворень шлунка.

Крім того, причинами розвитку гастродуоденальної виразки можуть бути застосування інгібіторів агрегації тромбоцитів, васкуліт, вірусні інфекції, нейроендокринні пухлини (гастрономи) та ішемії. Виразку внаслідок цитомегаловірусної інфекції часто виявляють у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також пацієнтів після трансплантації, проте вона може виникнути також у імунокомпетентних пацієнтів.

Дії лікаря

1. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, пов'язаних зі способом життя та з навколишнім середовищем, рекомендувати необхідність дотримуватися санітарно-гігієнічних норм (див. розділ «Лікування» у Діях лікаря загальної практики).

2. Проводити ретельний збір анамнезу життя пацієнтів з метою виявлення груп ризику розвитку пептичної виразки.

Дії лікаря-гастроентеролога відповідно до вимог МОЗ України

Діагностика

Діагностичні заходи спрямовують на встановлення/підтвердження наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній ділянці (див. розділ «Діагностика» у Діях лікаря загальної практики).

Доведено, що основними методами діагностики пептичної виразки є проведення ЕГДС та виявлення інфікування *H. pylori*.

Для діагностики інфекції *H. pylori*, перш за все, вживають прямі методи, які виявляють бактерію (гістологія, мікробіологічний метод розведення), репрезентативний антиген (антиген-тест випорожнення) або специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при дихальному тесті на сечовину). Існують дані, що чутливість цих методів аналізу становить >90%,

тому вони рекомендовані для визначення інфекції *H. pylori*.

Проведення ЕГДС необхідне з метою верифікації діагнозу, а також для контролю за лікуванням пацієнтів із пептичною виразкою шлунка.

Дії лікаря

1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:

- Наявність типових симптомів пептичної виразки.
- Наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки (див. розділ «Діагностика» у Діях лікаря загальної практики).
- Наявність симптомів інших органічних (ГЕРХ, рак шлунка) та функціональних уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (функціональна диспепсія, диспепсія, індукована прийомом лікарських засобів, функціональне блювання тощо) (див. розділ «Діагностика» у Діях лікаря загальної практики).
- 2. Лабораторні методи обстеження:
 - Загальний аналіз крові — за показаннями.
 - Біохімічний аналіз крові — за показаннями.
 - Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).
 - Визначення інфекції *H. pylori* за допомогою одного зі скринінгових методів:
 - каловий антигенний тест (проводиться після припинення застосування ІПП мінімум за 2 тиж, антибіотиків — за 4 тиж до проведення тесту);
 - серологічне дослідження;
 - ¹³C-сечовинний дихальний тест (проводиться після припинення застосування ІПП мінімум за 2 тиж, антибіотиків — за 4 тиж до проведення тесту).

3. Інструментальні методи дослідження:

- ЕГДС проводять у всіх випадках для верифікації діагнозу — при дуоденальній виразці — одноразово, при виразці шлунка — повторно для контролю за загосненням виразки з обов'язковим взяттям біопсії.
- Біопсія слизової оболонки шлунка для проведення експрес-діагностики *H. pylori* в ендоскопічному кабінеті (швидкий уреазний тест) та подальшим морфологічним дослідженням біоптату.
- Рентгеноскопія шлунка (за неможливості проведення ЕГДС, при підозрі на інфільтративний процес у шлунку).
- УЗД органів черевної порожнини для виключення органічних і функціональних захворювань жовчного міхура, підшлункової залози.
- 4. Направити пацієнта на консультацію до:
 - Хірурга (за наявності ознак ускладненого перебігу — внутрішньої кровотечі, стенозу ворота, пенетрації, перфорації).
 - Онколога (за наявності ознак неопластичного процесу в шлунку).

Лікування

Метод лікування, спосіб прийому та дозування лікарських засобів визначається

перебігом захворювання та індивідуальною відповіддю пацієнта, наявністю інфекції *H. pylori*.

Антихелікобактерну терапію при виразці шлунка призначають лише після отримання результатів морфологічного дослідження біоптатів з краю виразкового дефекту, що свідчать про доброякісний характер виразки.

Лікування здійснюють амбулаторно, за винятком випадків ускладненого перебігу пептичної виразки та необхідності хірургічного лікування (див. розділ «Лікування» у Діях лікаря загальної практики).

Існують дані, що факторами, які піддаються впливу, для ефективності терапії проти *H. pylori* є прихильність до лікування, тютюнопаління і ступінь пригнічення кислотності.

На початковому етапі лікування інфекції *H. pylori* проводять щонайменше тижневу потрібну терапію, що включає ІПП, кларитроміцин та метронідазол або амоксицилін, подовження ерадикаційної терапії до 10–14 днів, а також застосування послідовної схеми приводить до вірогідно більшої частки успішної ерадикації. За наявності інфекції *H. pylori* підвищується ризик розвитку ускладнених та неускладнених пептичних виразок. Антихелікобактерна терапія знижує цей ризик і особливо показана пацієнтам з анамнезом виразки. Сама по собі ерадикаційна терапія недостатня для профілактики рецидивів гострих шлунково-кишкових кровотеч.

Якщо лікування починається із застосуванням НППЗ, необхідний поєднаний прийом ІПП за наявності хоча б одного фактора ризику розвитку пептичної виразки.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Надати загальні рекомендації щодо режиму харчування (див. розділ «Лікування» у Діях лікаря загальної практики), праці та відпочинку, відмови від вживання алкоголю та тютюну.

2. Призначити медикаментозну терапію (див. розділ «Лікування» у Діях лікаря загальної практики):

- При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці пацієнтам, які раніше не лікувалися від інфекції *H. pylori*, призначити ерадикаційну антихелікобактерну терапію однією зі схем першої лінії: стандартна трикомпонентна терапія чи послідовна терапія.
- У разі неефективності трикомпонентної чи послідовної терапії, непереносимості або резистентності до кларитроміцину призначити терапію другої лінії (квадротерапію).
- За відсутності ерадикації інфекції *H. pylori* призначити терапію «порятунку».
- При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці, асоційованій з прийомом НППЗ, та за відсутності ускладнень після проведення антихелікобактерної терапії призначається ІПП в стандартній дозі або антагоністи H_2 -рецепторів в подвійній дозі впродовж 14–28 днів

в залежності від локалізації пептичної виразки; додатково можуть бути призначені сукральфат, вісмуту субцитрат.

- При *H. pylori*-негативній пептичній виразці та за відсутності ускладнень призначити ІПП в стандартних дозах впродовж 3–4 тижнів при дуоденальній локалізації виразки, 4–8 тиж — при виразці шлунка.

Бажани

Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

Госпіталізація

Лікування пацієнтів з пептичною виразкою в умовах стаціонару здійснюється за наявності показань або необхідності хірургічного лікування.

Госпіталізація здійснюється негайно у разі наявності гострих ускладнень пептичної виразки та необхідності термінових хірургічних втручань, в інших випадках — впродовж 2–5 днів.

Госпіталізація здійснюється при:

- різко вираженому больовому та диспепсичному синдрому, що погано піддаються лікуванню в амбулаторних умовах;
- ускладненому перебігу виразки (функціональний стеноз воротаря, пенетрація виразки, підвищений ризик розвитку кровотечі);
- неефективній ерадикації інфекції *H. pylori* після двох курсів терапії;
- антихелікобактерній терапії при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій.

Дії лікаря

При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація:

- направлення на госпіталізацію;
- виписка з медичної карти хворого (форма 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.

Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

Пацієнти з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, неускладненою, після успішної ерадикації інфекції *H. pylori* не потребують диспансерного нагляду.

Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та всі пацієнти з виразкою шлунка перебувають на диспансерному обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з планом диспансеризації.

Пептична виразка може бути чинником розвитку тяжких ускладнень, зокрема кровотечі, перфорації, пенетрації, малігнізації.

Ефект проведеного лікування при пептичній виразці шлунка та/або дванадцятипалої кишки вимагає контролю. Ефективність ерадикаційної терапії повинна проводитися за будь-яких інших терапевтичних показань.

Між завершенням лікування антибіотиками і контролем ефективності лікування має пройти мінімум 4 тиж. Між закінченням ІПП-терапії та достовірним контролем

ефективності ерадикації має пройти мінімум 2 тиж.

У пацієнтів із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка необхідне проведення контрольної ендоскопії. У таких випадках терапевтичний контроль поєднує уреазний тест і гістологічне дослідження біопсії з антрума і тіла шлунка.

Якщо контрольна ендоскопія не потрібна, необхідно проводити контроль ерадикації за допомогою ^{13}C -дихального тесту на вміст сечовини або моноклонального аналізу випорожнення (калу) на антигени.

З метою запобігання гастродуоденальному ускладненню застосування селективного інгібітору ЦОГ-2 є альтернативним підходом до комбінування ІПП і НППЗ.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о).

2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на оброблення персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).

3. Провести контроль ефективності ерадикації *H. pylori*-інфекції через 4 тиж після закінчення ерадикаційної терапії за допомогою дихального тесту із ^{13}C -сечовиною або за допомогою визначення калового антигену.

4. Провести ЕГДС для контролю за гоєнням виразки шлунка з обов'язковим взяттям біопсії з рубця через 6 міс. За наявності атрофії слизової оболонки шлунка повторні ЕГДС з біопсією для моніторингу можливої появи передракових змін 1 раз на 2–3 роки.

5. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну (див. розділ «Лікування» у Діях лікаря загальної практики).

6. Надавати роз'яснення щодо необхідності суворого дотримання правил застосування НППЗ для пацієнтів, яким вони призначені (після прийому їжі, у зазначених лікарем дозах), запобігання безконтрольному застосуванню НППЗ.

7. Проводити 1 раз на рік або на вимогу диспансеризацію пацієнтів з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та пацієнтів із виразкою шлунка згідно з Планом диспансеризації.

Бажани

У разі необхідності тривалого застосування НППЗ препаратами вибору є селективні інгібітори ЦОГ-2.

План диспансеризації

1. Обстеження виконується 1 раз на рік або на вимогу та включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжувальних факторів.

2. За наявності атрофії слизової оболонки шлунка — ЕГДС з біопсією для моніторингу можливої появи передракових змін 1 раз на 2–3 роки.

3. Інші обстеження виконуються згідно зі скаргами та даними фізикального обстеження.

Профілактика

Уникнення факторів, які провокують виникнення пептичної виразки: тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю, неконтрольоване застосування НППЗ.

Виявлення осіб з чинниками ризику (пацієнти, які контактують з особами, інфікованими *H. pylori*; пацієнти, яким планується тривале застосування НППЗ або ацетилсаліцилової кислоти).

Доведено, що основним фактором розвитку пептичних виразок є інфекція *H. pylori* (≈80% випадків виразки шлунка та ≈95% випадків виразки дванадцятипалої

кишки), а також застосування НППЗ (≈20% випадків виразки шлунка та ≈5% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Своєчасне лікування інфекції *H. pylori* в поєднанні з корекцією способу життя є складовою терапії та профілактики подальшого розвитку пептичної виразки і злоякісних новоутворень шлунка.

Крім того, причинами розвитку гастродуоденальної виразки можуть бути застосування інгібіторів агрегації тромбоцитів, васкуліти, вірусні інфекції, нейроендокринні пухлини (гастриноми) та ішемії. Виразку внаслідок цитомегаловірусної інфекції часто виявляють у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також пацієнтів після трансплантації, проте вона може виникнути також у імунокомпетентних пацієнтів.

Дії лікаря

1. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, що пов'язані зі способом життя та з навколишнім середовищем, а також рекомендувати дотримуватися санітарно-гігієнічних норм (див. розділ «Лікування» у Діях лікаря загальної практики).

2. Проводити ретельний збір анамнезу життя пацієнтів з метою виявлення груп ризику розвитку пептичної виразки.

Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2014) Наказ МОЗ України від 03.09.2014 р. № 613 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки».