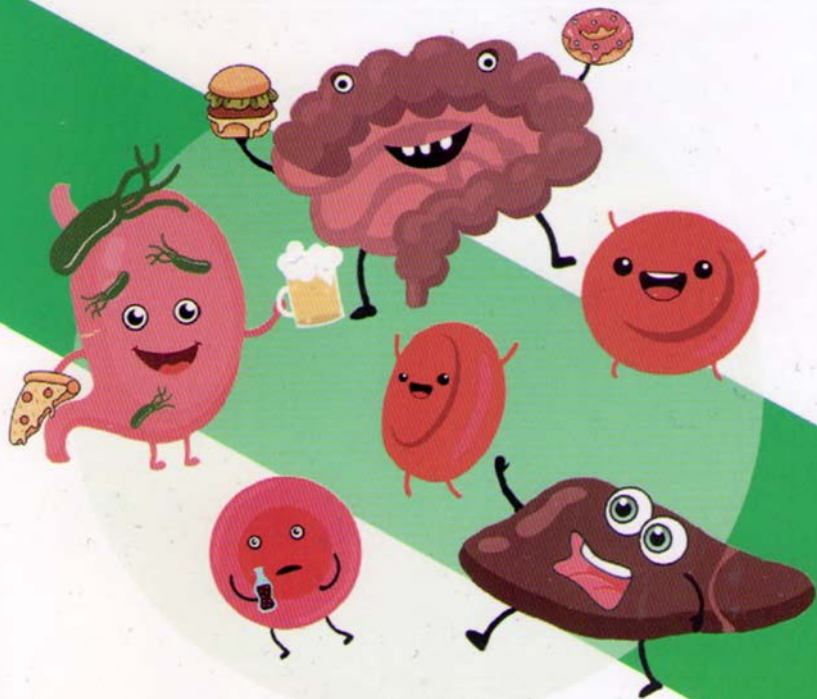


Об'єднання



«Сізіф»

КОНСПЕКТ із гастроентерології та гематології



ОБСВ'ЯЖКОЕИЙ ПРИМІРНИК

Об'єднання «Сізіф»



Конспект із гастроентерології та гематології

636 198

Студента(-ки)

Група _____

Курс _____

Наш колектив зробив все можливе, щоб дана книга відповідала новим стандартам лікування та була актуальною на момент публікації.

Автори не несуть відповідальності за помилки, упущення та наслідки від застосування даного матеріалу. Застосовувати викладену інформацію відповідно до професійних стандартів лікування із врахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів та конкретних клінічних випадків. Дозвіл на копіювання та використання викладених матеріалів надається авторами.

2022 р

НАЦІОНАЛЬНА **3**
НАУКОВА МЕДИЧНА
БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ
01033, м.Київ, вул.Л.Толстого, 7

УДК 616-085:616.8-009.614

О-59

О-59 Конспект із гастроентерології та гематології / Онопрійчук Д.В.,
Малігонова А.І. – м. Житомир.: Рута, 2022. – 348 с.

ISBN 978-617-581-546-5

Конспект із гастроентерології та гематології є компактним і зручним для вивчення даної дисципліни. Він є максимально інформативним, включає в себе сучасні методи діагностики та лікування. Його компактність, схематичність та доступність дозволяє легко та швидко знаходити потрібну інформацію. Даний конспект стане в нагоді як для студентів, так і для інтернів та молодих спеціалістів.

Посилання на інстаграм-канал



Посилання на телеграм-канал



E-mail для зворотнього зв'язку: association.sisyphus@gmail.com

ISBN 978-617-581-546-5

© Онопрійчук Д.В., 2022

© ПП "Рута", 2022



V РОЗДІЛ - ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба	7
Класифікація	7
Клінічна картина	8
Діагностика	10
Лікування	12
Профілактика	14
Функціональна диспепсія	15
Хронічний гастрит	19
Класифікація	20
Клінічна картина	23
Діагностика	24
Лікування	26
Виразкова хвороба	29
Виразкова хвороба, ускладнена кровотечею	38
Виразкова хвороба, ускладнена перфорацією	43
Виразкова хвороба, ускладнена пенетрацією	47
Виразкова хвороба, ускладнена стенозом	50
Виразкова хвороба, ускладнена малігнізацією	54
Захворювання тонкого кишечника	56
Целіакія	56
Класифікація	57
Клінічна картина	57
Діагностика	59
Лікування	60
Хвороба Уіпла	62
Захворювання товстого кишечника	65
Неспецифічний виразковий коліт	65
Класифікація	65
Клінічна картина	67
Діагностика	68
Лікування	71
Хвороба Крона	75
Класифікація	75
Клінічна картина	76
Діагностика	77
Лікування	81
Синдром подразненого кишечника	90
Захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів	97
Функціональні розлади біліарного тракту	97
Клінічна картина	98
Діагностика	99
Лікування	103
Хронічний некалькульозний холецистит	105
Клінічна картина	106
Діагностика	107
Лікування	109
Жовчнокам'яна хвороба	110
Клінічна картина	112
Діагностика	113



Лікування.....	115
Хронічний панкреатит.....	117
Класифікація.....	117
Клінічна картина.....	123
Діагностика.....	127
Лікування.....	130
Захворювання печінки.....	133
Аутоімунний гепатит.....	133
Класифікація.....	134
Клінічна картина.....	137
Діагностика.....	139
Лікування.....	141
Алкоголь-асоційована хвороба печінки.....	144
Клінічна картина.....	145
Діагностика.....	147
Лікування.....	152
Вірусні гепатити.....	156
Хвороба Вільсона.....	167
Печінкова енцефалопатія.....	170
Цироз печінки.....	177
Патогенез.....	177
Класифікація.....	178
Клінічна картина.....	182
Діагностика.....	186
Лікування.....	188
Портальна гіпертензія.....	191
Асцит.....	194
Спонтанний бактеріальний перитоніт.....	197
Варикозно розширені вени стравоходу.....	199
VI РОЗДІЛ - ГЕМАТОЛОГІЯ	
Залізодефіцитна анемія.....	201
Класифікація.....	201
Клінічна картина.....	203
Діагностика.....	204
Лікування.....	206
В₁₂-фоліодефіцитна анемія.....	212
Спадковий мікросфероцитоз.....	215
Клінічна картина.....	217
Гемолітичний криз.....	218
Арегенераторний криз.....	219
Діагностика.....	220
Лікування.....	221
Анемія внаслідок дефіциту глюкозо-6-фосфат дегідрогенази.....	223
Серповидноклітинна анемія.....	225
Аутоімунні гемолітичні анемії.....	229
АІГА з тепловими аглютинінами.....	230
АІГА з холодowymi аглютинінами.....	233
Пароксизмальна холодова гемоглобінурія.....	234
Апластична анемія.....	235
Клінічна картина.....	237
Діагностика.....	238

Лікування.....	240
Лейкемія.....	243
Класифікація.....	244
Гостра лімфобластна лейкемія.....	247
Клінічна картина.....	247
Діагностика.....	250
Лікування.....	254
Хронічні мієлопроліферативні захворювання.....	259
Хронічна мієлолейкемія.....	259
Клінічна картина.....	260
Діагностика.....	262
Лікування.....	264
Хронічна лімфоцитарна лейкемія.....	267
Класифікація.....	267
Клінічна картина.....	268
Діагностика.....	269
Лікування.....	271
Лімфогранулематоз.....	275
Класифікація.....	276
Клінічна картина.....	277
Діагностика.....	278
Лікування.....	281
Неходжкінські лімфоми.....	284
Класифікація.....	284
Клінічна картина.....	287
Діагностика.....	289
Лікування.....	291
Множинна мієлома.....	294
Класифікація.....	294
Клінічна картина.....	295
Діагностика.....	296
Лікування.....	299
Справжня поліцитемія.....	301
Гемофілія.....	306
Клінічна картина.....	308
Діагностика.....	312
Лікування.....	315
Геморагічний васкуліт.....	322
Класифікація.....	323
Клінічна картина.....	324
Діагностика.....	327
Лікування.....	329
Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура.....	331
Клінічна картина.....	333
Діагностика.....	335
Лікування.....	336
Додаток.....	339
Джерела.....	344



ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – це мультифакторіальне хронічне рецидивне захворювання, що характеризується ретроградним поступленням шлункового вмісту в стравохід.

Епідеміологія: не залежить від статі, поширеність 15-30% та збільшується з віком.

Основні фактори, що сприяють появі симптомів ГЕРХ

- аксіальна грижа стравохідного отвору діафрагми (ГСОД);
- надмірні фізичні навантаження, робота в нахиленому положенні;
- психоемоційне перенапруження;
- патологія гастродуоденальної зони (виразкова хвороба, дуоденостаз, дуоденогастральний рефлюкс);
- нераціональне харчування: вживання кави, міцного чаю та мінералізованих напоїв, майонезу, кетчупів, жирних та гострих страв і приправ;
- прийом медикаментів, що знижують тонус стравохідного сфінктера (пронгвані нітрати, антагоністи кальцію, теофілін, седативні препарати);
- зловживання алкоголем та паління;
- підвищення внутрішньочеревного тиску (вагітність, корсети, бандажі, тугий пояс, метеоризм, ожиріння);
- інші причини (склеродермія, цукровий діабет).

Класифікація ГЕРХ

За клінічним перебігом:

- неерозивна рефлюксна хвороба (НЕРЛ) (60-65% випадків);
- ерозивна (рефлюкс-езофагіт) (30-35% випадків);
- стравохід Баррета (5%).

За фазами перебігу:

- загострення;
- ремісія.

За ступенем важкості:

- легка - печія < 2 разів на тиждень;
- середня - печія ≥ 2 разів на тиждень, але не щодня;
- важка - печія щодня.

Класифікація стравоходу Баррета

За типом метаплазії:

- стравохід Баррета із шлунковою метаплазією;



- стравохід Баррета з кишковою метаплазією.

За протяжністю:

- короткий сегмент (довжина ділянки метаплазії < 3 см);
- довгий сегмент (довжина ділянки метаплазії ≥ 3 см).

Класифікація за Savary-Miller

Ступінь важкості	Характеристика
0 ступінь	Макроскопічні ознаки рефлюкс-езофагіту відсутні, гістологічно: гіперплазія базальної зони, розширення венул та інфільтрація лімфоцитами
I ступінь	Одне (або більше) окреме лінійне ураження (ерозія) СО з еритемою, часто покрите ексудатом та займають < 10% дистального відділу стравоходу
II ступінь	Зливні ерозії СО, що займають 10-50% дистального відділу стравоходу
III ступінь	Множинні ерозії, що займають практично весь дистальний відділ стравоходу, утворення пептичних виразок
IV ступінь	Ускладнені форми рефлюкс-езофагіту: виразки, стриктури, стравохід Баррета (метаплазія СО стравоходу)

Лос-Анджелеська класифікація

Ступінь	Характеристика
Ступінь А	одне (чи більше) ураження <5 мм, обмежене однією складкою СО стравоходу
Ступінь В	одне (чи більше) ураження >5 мм, обмежене однією складкою СО стравоходу
Ступінь С	одне (чи більше) ураження СО, що розповсюджується на ≥ 2 складки, але менше кільця стравоходу
Ступінь D	одне (чи більше) ураження СО, яке займає більше кільця стравоходу

Клінічна картина

- печія;
- регургітація, відрижка кислим;
- кислий або солоний присмак у роті, відчуття кома за грудиною;
- біль, що носить пекучий характер, розташовується на рівні мечоподібного відростка і за грудиною, іррадіює здебільшого догори;



- біль, печія та регургітація виникає чи підсилюється після прийому їжі (через 15-30 хв), газованих напоїв, фізичного напруження і від перебування в горизонтальному положенні;
- гикавка;
- гіперсаливація (рефлекторна стимуляція через подразнення соляною кислотою СО стравоходу);
- можлива румінація (зригування з повторним пережовуванням та проковтуванням їжі);
- інколи нудота та блювання;
- СО ротової порожнини сухі, гіпертрофія грибоподібних сосочків язика;
- можливий позитивний френікус-симптоми (виражений при ларингіті та поєднуються з осиплістю голосу);
- блідість шкірних покривів та слизових оболонок;
- симптом «шнурків» – біль посилюється при нахилах тулуба вперед;
- **еніфренальний синдром [Бергман, 1932]:**
 - за грудинні болі з іррадіацією вгору і відчуттям клубка в горлі чи позаду мечоподібного відростка;
 - порушення серцевого ритму у вигляді приступів браді-/тахікардії;
 - періодична поява запаморочення, колапсу.

Екстрастравохідні симптоми

- ***бронхолегеневий синдром:***
 - напади сухого кашлю, ядухи в нічний час (нічна астма);
 - кашель поєднується із регургітацією;
 - явища бронхоспазму, задишка, ядуха;
 - аускультация: сухі/вологі, різнокаліберні хрипи, крепітація;
 - пароксизмальне нічне апное;
 - напади пароксизмального кашлю;
 - аспіраційна пневмонія та абсцес легень;
 - ідіопатичний фіброз легень.
- ***ларинго-фарингеальний синдром:***
 - осиплість голосу, дисфонія (ларингіт);
 - персистивний надмірний кашель;
 - біль чи дертя у горлі (фарингіт);
 - рецидивний середній отит;
 - стеноз гортані;



- рак гортані.
- *кардіальний синдром:*
 - біль за грудиною;
 - рефлекторна стенокардія під час рефлюкса.
- *псевдокардіальний синдром:*
 - біль в грудній клітці по типу стенокардії;
 - частіше виникає вночі, в горизонтальному положенні та нахилі тулуба вперед;
 - купірується ковтком води та прокінетиками;
 - порушення частоти та ритму серцевих скорочень (екстрасистолія).
- *стоматологічний синдром:*
 - карієс та ерозії зубної емалі;
 - стоматит, глосит, періодонтит.

Симптоми «червоних прапорців»

- порушення ковтання (дисфагія);
- біль при ковтанні (одинофагія);
- блювання;
- втрата маси тіла;
- раннє насичення;
- залізодефіцитна анемія;
- кровотеча з верхнього відділу ШКТ (явна або прихована).

Ускладнення: езофагіт, виразкова хвороба, стеноз стравоходу, стравохід Баррета, кровотеча з верхніх відділів ШКТ, рак стравоходу.

Діагностика

Опитувальник Gerd-Q для діагностики ГЕРХ

ЗАК: можлива анемія, лейкоцитоз, зсув ЛФ вліво, підвищення ШОЕ.

Діагностичний ІПП-тест: пацієнту призначається в стандартній дозі ІПП на 5-10 днів та оцінюють клінічні симптоми – тест позитивний, якщо симптоми зникають.

ЕГДС: рефлюкс шлункового вмісту в стравохід, ознаки ерозивного езофагіту (гіперемія та набряк СО, поверхневі ерозії СО, крововиливи, контактна кровоточивість), при неерозивній формі макроскопічні зміни відсутні, взяття біопсії для гістологічного дослідження;

Ознаки грижі діафрагмального отвору діафрагми:

- зменшена відстань від передніх різців до кардії;



- зменшена довжина абдомінального відділу стравоходу;
- ефект подвійного проходження або «подвійний вхід» в шлунок;
- зіяння/неповне змикання кардії, пролабування СО шлунку в стравохід;
- високе розташування лінії переходу епітелію стравоходу і шлунку;
- відсутня або слабо візуалізується Z-лінія (Z-лінія – зигзагоподібне втиснення в ділянці шлунково-стравохідному з'єднання, що розмежовує перехід між багат шаровим плоским епітелієм в стравоході та кишковим епітелієм кардії шлунку);
- сегментарна дилатація стравоходу в ділянці дев'ятого сегмента;
- інверсійний огляд: сплюснення складок СО кардіоезофагального переходу та згладження кута Гіса.

Гістологічне та хроматографічне дослідження біопсійного матеріалу.

Внутрішньостравохідна рН-імпедансометрія: добовий моніторинг, визначення часу експозиції кислоти в просвіті стравоходу в нічний час (збільшується), епізоди рефлюксу в денний час пов'язані з клінічними проявами, підвищення частоти та тривалості рефлюксів, зниження $pH \leq 4,0$.

Езофагоманометрія: оцінка скоротливої функції стравоходу та сфінктерів (визначення тиску в дистальному відділі стравоходу при провокаційній пробі – компресія живота: в нормі тиск на 20-50% вище, ніж в шлунку і складає 10-20 mm Hg, а при недостатності нижнього сфінктера майже не відрізняється від шлунку), проведення диференційної діагностики з ахалазією, спазмом дистального відділу стравоходу та склеродермічним ураженням стравоходу.

Rb-обстеження з контрастуванням: зворотні закиди контрасту в стравохід або ознаки діафрагмальної грижі при дослідженні в горизонтальному положенні, ознаки ковзної грижі стравохідного отвору діафрагми.

Диференційна діагностика

ІХС, виразкова хвороба, гастрит, дискінезія жовчовивідних шляхів, холецистит, рак стравоходу, езофагіт (герпесний, кандидозний, цитомегаловірусний, медикаментозний, еозинофільний), ахалазія кардії, рак шлунку, бронхіальна астма, езофагоспазм, стриктура стравоходу, склеродермія.

Приклад формулювання діагнозу

ГЕРХ, рефлюкс-езофагіт, III ступеня, стадія В. Пептична виразка стравоходу.

ГЕРХ, рефлюкс-езофагіт, IV ступеня, стадія D. Стравохід Баррета.



Лікування

Дієта:

- харчування має бути невеликими порціями 5-6 р/д;
- після прийому їжі не займати горизонтальне положення 3-4 години;
- після їжі уникати нахилів уперед та фізичних навантажень;
- уникати переїдання, не вживати занадто гарячої їжі;
- обмежити споживання: жирні, гострі та смажені страви, перець, цибулю, часник, томати, кава, шоколад, какао, міцний чай, цитрусові, кислі соки, газовані напої - кока-кола, фанта та інші;

При ГЕРХ дієта включає:

- підсушений або вчорашній хліб, нездобні булочки, печиво і бісквіт (2-3 р/тиждень);
- нежирні м'ясні страви, філе куряче і філе індики зі знятою шкірою;
- м'ясні страви приготовані на пару або відварені;
- нежирна риба, без шкірки приготована на пару або відварена;
- незбиране молоко у каші, свіжа некисла сметана або сир;
- кисле молоко одноденного терміну;
- яйця некруто зварені, парова яєчня або омлет (1-2 яйця/добу);
- вершкова, соняшникова та оливкова олія (30 г/добу);
- каші (гречана, вівсяна, рисова, манна);
- макарони з твердих сортів пшениці;
- овочі (відварені або приготовані на пару): картопля, цвітна капуста, морква, зелений горошок, буряк, некислі помідори (до 100 г/добу);
- часник або цибуля допускаються лише у малих кількостях;
- молочні супи, супи із перетертих овочів, супи на нежирному бульйоні;
- солодкі страви: печені яблука без шкірки, желе, фруктове пюре, кисіль, мус, мед, пастила, зефір, варення із солодких сортів ягід;
- фрукти (солодкі сезонні фрукти, уникати кислих фруктів);
- соуси, які приготовані на сметані, молоці або соуси яєчно-масляні;
- зелень: петрушка, кріп, рукола;
- відвари із шипшини, слабкий чай з додаванням вершків або молока, напій із пшеничних висівок.

Модифікація способу життя:

- відмова від куріння та вживання алкоголю;



- уникати вживання лікарських засобів, що підсилюють симптоми:

- нітрати;
- спазмолітики;
- блокатори кальцієвих каналів;
- β -антагоністи;
- α -адренергічні агоністи;
- теофілін;
- деякі седативні препарати (бензодіазепіни).

- спати з піднятим головним кінцем ліжка на 10-20 см;

- не носити тісний одяг, тугі пояси, ремені, корсети, бандажі (підвищують внутрішньочеревний тиск);

- зниження маси тіла при ожирінні.

Медикаментозне лікування:

• АНТАЦИДИ:

Алюмінію гідроксид + магнію гідроксид:

Суспензія: по 5-10 мл (1-2 мірні ложки) 3 р/д або по 1 пакетику 3 р/д через 45-60 хв після їжі та ввечері перед сном.

Таблетки: по 1-2 таб 4-6 р/д через 1 годину після їжі та перед сном (не більше 8 таб/добу) до 6 днів, при печії – незалежно від прийому їжі

Натрію альгінату + натрію бікарбонату + кальцію карбонату:

Суспензія: 10-20 мл (2-4 чайні ложки) після їжі та перед сном до 7 днів.

Таблетки: 2-4 таблетки після їжі та перед сном (до 4 разів/добу) до 7 днів.

• ІНГІБІТОРИ ПРОТОННОЇ ПОМПИ (ІПП):

Пантопразол 0,04 по 40-80 мг 2 р/д

Езомепразол 0,04 по 40-80 мг 2 р/д

Омепразол 0,02 по 40-80 мг 2 р/д

Рабепразол 0,02 по 40-80 мг 2 р/д

Лансопразол 0,03 по 30-60 мг 2 р/д

• БЛОКАТОРИ H_2 -ГІСТАМІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ:

Фамотидин 0,02 по 20 мг п/о 2 р/д

NB! З 2020 року ранітидин заборонений в США та ЄС у зв'язку з присутністю в його складі канцерогену N- нітрозодиметиламіну (NDMA).



• **ПРОКІНЕТИКИ** (рівень доказовості низький):

Ондансетрон 2 %-2 ml в/м

Метоклопрамід 0,01 по 10 мг 3 р/д

Домперидон 0,01 по 10 мг 3 р/д

Схема лікування проводиться поетапно – step-up та step-down, що залежить від ступеня вираженості рефлюкс-езофагіту з поступовим переходом до підтримувальної терапії.

Step-up – ІПП в стандартних дозах → немає ефекту → ІПП в подвійних дозах → немає ефекту → причина не пов'язана з рефлюксом → дообстеження.

Step-down – зникнення симптомів + 8-тижневий курс терапії → зменшення дози ІПП або перехід на H₂-блокатори.

Підтримувальна терапія:

- щоденне вживання ІПП;
- прийом ІПП курсами по 3-5 днів при появі симптомів;
- терапія «вихідного дня» - вживання ІПП на вихідних.

Хірургічне лікування – див. конспект з торакальної хірургії.

Первинна профілактика

- здоровий спосіб життя (відмова від паління та прийому міцних алкогольних напоїв);
- раціональне харчування:
 - уникати переїдання та вживання їжі перед сном;
 - обмежити споживання дуже гострої та гарячої їжі;
 - обмеження надмірного вживання продуктів, які сприяють рефлюксу: кава, чай, какао, шоколад, м'ята, кислі соки, цибуля, часник, пиво, квас, квасоля, горох;
 - після вживання їжі не займати горизонтальне положення;
 - останній прийом їжі за 3-4 години до сну.
- уникати надмірних фізичних навантажень;
- уникати або зменшення часу роботи в нахиленому положенні;
- обмежене носіння тісного одягу, поясів, ременів, корсетів, бандажів;
- зниження маси тіла при ожирінні;
- контрольований прийом лікарських засобів з урахуванням ризиків.



ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

Функціональна диспепсія (ФД) – це симптомокомплекс функціональних розладів, що триває більше 3-х місяців та протягом 6 місяців, яка характеризується симптомами диспепсії та відсутністю органічних причин. Функціональна диспепсія являється діагнозом виключення.

Етіологія

- гетерогенне та поліетіологічне захворювання.

Ключові компоненти

- психоемоційний хронічний стрес;
- генетична схильність;
- вісцеральна гіперчутливість;
- порушення моторики шлунку;
- низькорівневе запалення слизової оболонки шлунку.

Класифікація

I. Необстежена диспепсія – це первинний синдромний діагноз, що потребує подальшого обстеження з метою встановлення органічних або функціональних причин диспепсії.

II. Функціональна диспепсія (ФД) – самостійне функціональне захворювання (діагноз виключення):

- епігастральний больовий синдром (виразкоподібний варіант);
- постпрандіальний дистрес-синдром (дисмоторний/дискінетичний варіант).

Клінічна картина

Функціональна диспепсія:

- триває ≥ 3 місяців протягом 6 останніх місяців;
- відчуття важкості після прийому їжі;
- відчуття раннього насичення;
- біль в епігастральній ділянці;
- відчуття печіння в епігастральній ділянці;
- відсутність органічних захворювань, що пояснили б симптоми.

Епігастральний больовий синдром (ФД-ЕБС):

- біль або печія в епігастральній ділянці;
- біль інтермітуючий, помірний;
- біль турбує щонайменше один раз на тиждень;
- не зникає після відходження газів або випорожнень;



- не відповідає критеріям біліарних порушень;
- біль купірується антацидами, H₂-блокаторами або ІПП.

Постпрандіальний дистрес-синдром (ФД-ПДС):

- раннє насичення, що заважає звичайному харчуванню;
- виникає одразу після прийому невеликої кількості їжі;
- відчуття переповнення в епігастральній ділянці після прийому їжі;
- виникає кілька разів на місяць;
- можлива нудота, блювання та непереносимість жирної їжі.

Симптоми «червоних прапорців»

- ознаки шлунково-кишкової кровотечі;
- анемія;
- прогресуюча втрата маси тіла;
- дисфагія;
- персистуюче блювання;
- зміни в ЗАК: лейкоцитоз, підвищення ШОЕ;
- надключична лімфаденопатія;
- симптоми вперше виникли у осіб ≥ 45 років.

Шкала обтяжливих факторів

Фактори	Бали
Вік: чоловіки > 35 років, жінки > 45 років	2
Чоловіча стать	2
Надлишкова маса тіла (ІМТ > 25)	1
Вживання алкоголю > 30 г/день	1
Паління >10 сигарет/день	1
Вживання НПЗП та ГКС	2
Виразка в анамнезі	2
Рак шлунку/стравоходу у родичів пацієнта	3
Якщо сума балів > 5, пацієнту рекомендовано ЕГДС з біопсією.	

Діагностичні критерії (Римські критерії IV, 2016)

- постпрандіальне переповнення;
- раннє насичення;
- епігастральний біль;
- епігастральна печія;
- недостатня кількість даних щодо органічної патології (у тому числі щодо результатів верхньої ендоскопії), які б могли пояснити генез скарг;



• відсутність симптомів, що свідчать про зв'язок диспепсичних симптомів з порушенням функції кишечника (зменшення або виникнення симптомів після дефекації або їх зв'язок зі змінами частоти та форми випорожнень, тобто виключення синдрому подразненої кишки).

Діагностика

ЗАК: без істотних змін.

БАК: виключення ураження печінки та підшлункової залози.

Аналіз калу на приховану кров: негативний.

Добовий рН-моніторинг: добові коливання в межах норми, можлива помірна гіперацидність шлункового вмісту.

Скринінг на *H. pylori*: каловий антиген, дихальний уреазний тест, дослідження біоптату.

ЕГДС: відсутні морфологічні зміни СО шлунку, проводиться для виключення органічного ураження – гастрит, виразкова хвороба, грижа стравохідного отвору діафрагми, пухлина.

УЗД ОЧП: відсутні морфологічні зміни, виключення патології жовчного міхура, печінки та підшлункової залози.

Рb-дослідження ШКТ з контрастом: виключення органічної патології.

Диференційна діагностика

ГЕРХ, виразкова хвороба, рак шлунку, жовчнокам'яна хвороба, панкреатит, системна склеродермія, вагітність, цукровий діабет.

Приклад формулювання діагнозу

Функціональна диспепсія, постпрандіальний дистрес-синдром.

Функціональна диспепсія, епігастральний больовий синдром.

Лікування

Дієта:

- зменшення об'єму одноразового прийому їжі;
- часте та дробне харчування по 5-6 р/д;
- розмежування прийому рідкої та твердої їжі;
- після прийому їжі не займати горизонтальне положення 3-4 години;
- після прийому їжі уникати фізичних навантажень;
- відмова від продуктів, які викликають симптоми диспепсії;
- зниження в раціоні жирів та збільшення вмісту білків;
- обмежене вживання: кави, алкоголю, шоколаду, цитрусових, томатів, винограду, слив, яблук.



Медикаментозне лікування:

Епігастральний больовий синдром:

• АНТАЦИДИ:

Алюмінію гідроксид + магнію гідроксид:

Суспензія: по 5-10 мл (1-2 мірні ложки) 3 р/д або по 1 пакетику 3 р/д через 45-60 хв після їжі та ввечері перед сном.

Таблетки: по 1-2 таб 4-6 р/д через 1 годину після їжі та перед сном (не більше 8 таб/добу) до 6 днів, при печії – незалежно від прийому їжі

Натрію альгінату + натрію бікарбонату + кальцію карбонату:

Суспензія: 10-20 мл (2-4 чайні ложки) після їжі та перед сном до 7 днів.

Таблетки: 2-4 таблетки після їжі та перед сном (до 4 разів/добу) до 7 днів.

• ІНГІБИТОРИ ПРОТОНОВОЇ ПОМПИ (ІПП):

Пантопразол 0,04 по 40-80 мг 2 р/д

Езомепразол 0,04 по 40-80 мг 2 р/д

Омепразол 0,02 по 40-80 мг 2 р/д

Рабепразол 0,02 по 40-80 мг 2 р/д

Лансопразол 0,03 по 30-60 мг 2 р/д

• БЛОКАТОРИ H₂-ГІСТАМІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ:

Фамотидин 0,02 по 20 мг п/о 2 р/д

NB! З 2020 року ранітидин заборонений в США та ЄС у зв'язку з присутністю в його складі канцерогену N-нітрозодиметиламіну (NDMA).

Постпрандіальний дистрес-синдром:

• ПРОКІНЕТИКИ:

Ондансетрон 2 %-2 мл в/м

Метоклопрамід 0,01 по 10 мг 3 р/д

Домперидон 0,01 по 10 мг 3 р/д

При наявності психосоматичного порушення:

• ТРИЦИКЛІЧНІ АНТИДЕПРЕСАНТИ:

Амітриптилін по 10-25 мг п/о 1 р/д

NB!!! Якщо немає покращень після 8 тижнів застосування ІПП.

• Психотерапія (наприклад, когнітивно-поведінкова);

• Ерадикаційна терапія (за наявності H. pylori): див. виразкову хворобу.