



## Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги

# Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих

### I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

**1.1. Діагноз:** виразка шлунка, виразка дванадцятипалої кишки.

**1.2. Шифр згідно з МКХ-10:** K25, K26.

**1.3. Потенційні користувачі:** лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні, лікарі гастроентерологи.

**1.4. Мета протоколу:** визначення комплексу заходів з профілактики, своєчасного виявлення, діагностики та лікування пептичної виразки шлунка/дванадцятипалої кишки пацієнтам від 18 років.

#### 1.8. Епідеміологічна інформація

У структурі поширеності хвороб органів травлення на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки припадає 12,83%. За даними МОЗ України, захворюваність на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки в Україні в 2010 році становила 127,3 осіб на 100 тис. населення (абсолютні значення – 58293,0), поширеність – 2299,4 на 100 тис. населення (абсолютне значення – 1052741,0). Порівняно з 2009 роком захворюваність і поширеність пептичної виразки дещо знизилася.

### II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Діагноз пептична виразка шлунка/дванадцятипалої кишки встановлюється за наявності виразки слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки (відповідно) при проведенні ендоскопічного обстеження. Виразка є ушкодженням епітелію, що поширюється у м'язову пластинку слизової оболонки. Пептична виразка може призвести до розвитку низки ускладнень, зокрема ургентних, наприклад гострих шлунково-кишкових кровотеч або перфорацій.

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

### III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

#### 3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

##### 1. Профілактика

###### Положення протоколу

Уникнення факторів, які провокують виникнення пептичної виразки: куріння, надмірне вживання алкоголю, неконтрольоване вживання нестероїдних протизапальних та протиревматичних засобів (НППЗ). Виявлення осіб із чинниками ризику (пацієнти, які контактують із особами, інфікованими (*Helicobacter pylori*) *H. pylori*; пацієнти, яким планується тривалий прийом НППЗ або ацетилсаліцилової кислоти).

###### Обґрунтування

Доведено, що основним фактором розвитку пептичних виразок є інфекція *H. pylori* (приблизно 80% випадків виразки шлунка та приблизно 95% випадків виразки дванадцятипалої кишки), а також використання НППЗ (приблизно 20% випадків виразки шлунка та приблизно 5% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Своєчасне лікування інфекції *H. pylori* в поєднанні з корекцією способу життя є складовою лікування і профілактики подальшого розвитку пептичної виразки та злоякісних новоутворень шлунка. Крім того, причинами розвитку гастродуоденальної виразки можуть бути прийом інгібіторів агрегації тромбоцитів, васкуліти, вірусні інфекції, нейроендокринні пухлини (гастрономи) та ішемії. Виразка внаслідок цитомегаловірусної інфекції часто спостерігається у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також пацієнтів після трансплантації, проте може виникнути також у імунокомпетентних пацієнтів.

###### Необхідні дії лікаря

###### Обов'язкові:

1.1. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, пов'язаних зі способом життя та з навколишнім середовищем, необхідність дотримуватися санітарно-гігієнічних норм (див. Додаток).



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

## 2. Діагностика

### Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній ділянці (див. підрозділ 4.1.).

### Обґрунтування

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

Для діагностики інфекції *H. pylori* перш за все підходять прямі методи, які виявляють бактерію (гістологічне дослідження, мікробіологічний метод розведення), репрезентативний антиген (тест на антигени у випорожненнях) 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 хворих з пептичною виразкою шлунка.

### Необхідні дії лікаря

#### Обов'язкові:

- 2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:
  - 2.1.1. Наявність типових симптомів пептичної виразки.
  - 2.1.2. Наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки (див. підрозділ 4.1.1).
  - 2.1.3. 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 4.1.2).
- 2.2. Лабораторні методи обстеження:
  - 2.2.1. Загальний аналіз крові – за показаннями.
  - 2.2.2. Аналіз калу на приховану кров (у разі підозри на шлунково-кишкову кровотечу).
  - 2.2.3. Направити на діагностику інфекції *H. pylori*.
- 2.3. Інструментальні методи дослідження:
  - 2.3.1. Направити на ЕГДС.
  - 2.3.2. Направити на рентгеноскопію шлунка (за неможливості проведення ЕГДС).
- 2.4. Скерувати пацієнта на консультацію до:
  - 2.4.1. Гастроентеролога – при пептичній виразці шлунка, при рецидивуючому та ускладненому перебігу пептичної виразки, невдалій ерадикації інфекції *H. pylori*.
  - 2.4.2. Хірурга – за наявності ознак ускладнень пептичної виразки: шлунково-кишкової кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації.
  - 2.4.3. Онколога – при виявленні ознак злоякісної виразки шлунка.

## 3. Лікування

### Положення протоколу

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

Антихелікобактерна терапія при виразці шлунка призначається тільки після отримання результатів морфологічного дослідження біоптатів із краю виразкового дефекту, що свідчать про доброякісний характер виразки.

За необхідності призначається симптоматичне лікування.

### Обґрунтування

Факторами ефективності терапії проти *H. pylori*, які піддаються впливу, є прихильність до лікування, тютюнокуріння і ступінь пригнічення кислотності.

На початковому етапі лікування інфекції *H. pylori* проводять щонайменше тижневу «потрійну терапію», що включає ІПП, кларитроміцин та метронідазол або амоксицилін. Подовження схем ерадикаційної терапії до 10-14 днів, застосування послідовної схеми призводить до вірогідно вищого відсотку успішної ерадикації.

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

Якщо починається лікування із застосуванням НППЗ, паралельно повинен здійснюватися прийом ІПП у разі наявності хоча б одного фактора ризику розвитку пептичної виразки.

### Необхідні дії лікаря

#### Обов'язкові:

- 3.1. Призначити режим харчування (див. Додаток), праці та відпочинку, відмову від вживання алкоголю та тютюну.
- 3.2. Призначити медикаментозну терапію (див. розділ 4.2).
  - 3.2.1. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці та за відсутності ускладнень пацієнтам, які раніше не лікувалися від інфекції *H. pylori*, призначити ерадикаційну антихелікобактерну терапію однією зі схем першої лінії: стандартна трикомпонентна терапія або послідовна терапія.
  - 3.2.3. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці, асоційованій із прийомом НППЗ, та за відсутності ускладнень після проведення антихелікобактерної терапії призначається ІПП в стандартній дозі або антагоністи  $H_2$ -рецепторів у подвійній дозі впродовж 14-28 днів залежно від локалізації пептичної виразки; додатково можна призначити сукральфат, вісмуту субцитрат.
  - 3.2.4. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці та за відсутності ускладнень призначити ІПП в стандартних дозах впродовж 3-4 тижнів при дуоденальній локалізації виразки, 4-8 тижнів – при виразках шлунка.
- 3.3. Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.



#### 4. Подальше спостереження

##### Положення протоколу

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 (див. розділ 3.2).

##### Обґрунтування

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

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

Між завершенням лікування антибіотиками і контролем ефективності лікування повинно пройти мінімум 4 тижні. Між закінченням ІПП-терапії і достовірним контролем ефективності ерадикації повинно пройти мінімум 2 тижні.

У пацієнтів із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка слід провести контрольну ендоскопію. У таких випадках терапевтичний контроль поєднує уреазний тест і гістологічне дослідження біопсійного матеріалу з антрума і тіла шлунка.

Якщо контрольна ендоскопія не потрібна, повинен проводитися контроль ерадикації за допомогою ІЗС-дихального тесту на вміст сечовини або моноклонального аналізу випорожнення на антигени.

З метою попередження гастродуоденальних ускладнень прийом селективного інгібітора циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) є альтернативним підходом до комбінування ІПП і НППЗ.

##### Необхідні дії лікаря

###### Обов'язкові:

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

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

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

4.4. Направити на ЕГДС для контролю за загоєнням виразки шлунка через 6 місяців.

4.5. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну (див. Додаток).

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

4.7. Проводити 1 раз на рік диспансеризацію пацієнта, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з

метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і за необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога.

###### Бажани:

4.8. За необхідності тривалого прийому НППЗ препаратами вибору є селективні інгібітори ЦОГ-2.

### 3.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

#### 1. Профілактика

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

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

#### Обґрунтування

Доведено, що основним фактором розвитку пептичних виразок є інфекція *H. pylori* (приблизно 80% випадків виразки шлунка та приблизно 95% випадків виразки дванадцятипалої кишки), а також використання НППЗ (приблизно 20% випадків виразки шлунка та приблизно 5% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Своєчасне лікування інфекції *H. pylori* в поєднанні з корекцією способу життя є складовою лікування і профілактики подальшого розвитку пептичної виразки та злоякісних новоутворень шлунка. Крім того, причинами розвитку гастродуоденальної виразки можуть бути прийом інгібіторів агрегації тромбоцитів, васкуліти, вірусні інфекції, нейроендокринні пухлини (гастриноми) та ішемії. Виразка внаслідок цитомегаловірусної інфекції часто спостерігається у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також пацієнтів після трансплантації, проте може виникнути також у імунокомпетентних пацієнтів.

#### Необхідні дії лікаря

##### Обов'язкові:

1.1. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, що пов'язані зі способом життя та з навколишнім середовищем, необхідність дотримуватися санітарно-гігієнічних норм (додаток).

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

#### 2. Діагностика

##### Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення/підтвердження наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній ділянці (див. розділ 4.1).

##### Обґрунтування

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

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



дослідження, мікробіологічний метод розведення), репрезентативний антиген (тест на антигени у випорожненнях) або специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при дихальному тесті на сечовину). Є дані, що чутливість цих методів аналізу становить більше 90%, тому вони рекомендовані для визначення інфекції *H. pylori*.

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

### Необхідні дії лікаря

#### Обов'язкові:

- 2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:
  - 2.1.1. Наявність типових симптомів пептичної виразки.
  - 2.1.2. Наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки (див. підрозділ 4.1.1).
  - 2.1.3. 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. підрозділ 4.1.2).
- 2.2. Лабораторні методи обстеження:
  - 2.2.1. Загальний аналіз крові – за показаннями.
  - 2.2.2. Біохімічний аналіз крові – за показаннями.
  - 2.2.3. Аналіз калу на приховану кров (за підозри на шлунково-кишкову кровотечу).
  - 2.2.4. Визначення інфекції *H. pylori* за допомогою одного зі скринінгових методів:
    - каловий антигенний тест (проводиться після припинення прийому ІПП мінімум за 2 тижні, прийом антибіотиків слід припинити за 4 тижні до проведення тесту);
    - серологічне дослідження;
    - <sup>13</sup>C-сечовинний дихальний тест (проводиться після припинення прийому ІПП мінімум за 2 тижні, прийом антибіотиків слід припинити за 4 тижні до проведення тесту).
- 2.3. Інструментальні методи дослідження:
  - 2.3.1. ЕГДС проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу: при дуоденальних виразках – одноразово, при виразках шлунка проводиться повторно для контролю за загоєнням виразки з обов'язковим взяттям біопсійного матеріалу.
  - 2.3.2. Біопсія слизової оболонки шлунка для проведення експрес-діагностики *H. pylori* в ендоскопічному кабінеті (швидкий уреазний тест) та подальшим морфологічним дослідженням біоптату.
  - 2.3.3. Рентгеноскопія шлунка (за неможливості проведення ЕГДС, за підозри на інфільтративний процес у шлунку).
  - 2.3.4. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини для виключення органічних і функціональних захворювань жовчного міхура, підшлункової залози.

2.4. Скерувати пацієнта на консультацію до:

- 2.4.1. Хірурга (за наявності ознак ускладненого перебігу-внутрішньої кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації).
- 2.4.2. Онколога (за наявності ознак неопластичного процесу в шлунку).

### 3. Лікування

#### Положення протоколу

Метод лікування, спосіб прийому та дозування лікарських засобів визначається перебігом захворювання та індивідуальною відповіддю пацієнта, наявністю інфекції *H. pylori*.

Антихелікобактерна терапія при виразці шлунка призначається тільки після отримання результатів морфологічного дослідження біоптатів із краю виразкового дефекту, що свідчать про доброякісний характер виразки.

Лікування здійснюється амбулаторно, за винятком випадків ускладненого перебігу пептичної виразки та необхідності хірургічного лікування (див. розділ 4.2).

#### Обґрунтування

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

На початковому етапі лікування інфекції *H. pylori* проводять щонайменше тижневу «потрійну терапію», що включає ІПП, кларитроміцин та метронідазол або амоксицилін, подовження ерадикаційної терапії до 10-14 днів, а також застосування послідовної схеми призводить до вірогідно вищого відсотку 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 виразкової хвороби. Лише ерадикаційної терапії недостатньо для профілактики рецидивів гострих шлунково-кишкових кровотеч.

Якщо починається лікування із застосуванням НППЗ, паралельно повинен здійснюватися прийом ІПП у разі наявності хоча б одного фактора ризику розвитку пептичної виразки.

#### Необхідні дії лікаря

##### Обов'язкові:

- 3.1. Надати загальні рекомендації щодо режиму харчування (Див. додаток 1), праці та відпочинку, відмови від вживання алкоголю та тютюну.
- 3.2. Призначити медикаментозну терапію (див. розділ 4.2):
  - 3.2.1. 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 або послідовна терапія.
  - 3.2.2. За неефективності трикомпонентної або послідовної терапії, непереносимості або резистентності до кларитроміцину призначити терапію другої лінії (квадротерапію).
  - 3.2.3. За відсутності ерадикації інфекції *H. pylori* призначити терапію «порятунку».



3.2.4 При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці, асоційованій із прийомом НППЗ, та за відсутності ускладнень після проведення антихелікобактерної терапії призначається ІПП в стандартній дозі або антагоністи  $H_2$ -рецепторів у подвійній дозі впродовж 14-28 днів залежно від локалізації пептичної виразки; додатково можуть призначатися сукральфат, вісмуту субцитрат.

3.2.5. 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 тижнів – при виразках шлунка.

#### **Бажані:**

3.3. Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

## **4. Госпіталізація**

### **Положення протоколу**

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

Госпіталізація здійснюється негайно в 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 ворота, пенетрація виразки, підвищений ризик розвитку кровотечі);
- неефективній ерадикації інфекції *H. pylori* після двох курсів терапії;
- антихелікобактерній терапії при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій.

### **Необхідні дії лікаря**

При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація:

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

## **5. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію**

### **Положення протоколу**

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.

## **Обґрунтування**

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

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

Між завершенням лікування антибіотиками і контролем ефективності лікування повинні пройти мінімум 4 тижні. Між закінченням ІПП-терапії і достовірним контролем ефективності ерадикації повинно пройти мінімум 2 тижні.

У пацієнтів із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка повинна бути проведена контрольна ендоскопія. У таких випадках терапевтичний контроль поєднує уреазний тест і гістологічне дослідження біопсійного матеріалу з антрума і тіла шлунка.

Якщо контрольна ендоскопія не потрібна, повинен проводитися контроль ерадикації за допомогою  $^{13}C$ -дихального тесту на вміст сечовини або моноклонального аналізу випорожнення на антигени.

З метою попередження гастродуоденальних ускладнень прийом селективного інгібітора ЦОГ-2 є альтернативним підходом до комбінування ІПП і НППЗ.

## **Необхідні дії лікаря**

### **Обов'язкові:**

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

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

4.3. Провести контроль ефективності ерадикації *H. pylori*-інфекції через 4 тижні після закінчення ерадикаційної терапії за допомогою дихального тесту з  $^{13}C$ -сечовиною або за допомогою визначення фекального антигену.

4.4. Провести ЕГДС для контролю за загоєнням виразки шлунка з обов'язковим взяттям біопсійного матеріалу з рубця через 6 місяців. За наявності атрофії слизової оболонки шлунка необхідні повторні ЕГДС із біопсією для моніторингу можливого виникнення передракових змін 1 раз в 2-3 роки.

4.5. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну (див. Додаток).

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

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

**Бажані:**

4.8. За необхідності тривалого прийому НППЗ препаратами вибору є селективні інгібітори ЦОГ-2.

**6. План диспансеризації**

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

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

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

**IV. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ****4.1. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики****4.1.1. Критерії діагностики пептичної виразки**

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

Для встановлення діагнозу пептичної виразки враховуються наступні клінічні ознаки:

- абдомінальний біль в епігастрії, пілородуоденальній зоні, зазвичай нападopodobний, різучий, пекучий, рідше – ниючий, який має чіткий зв'язок із прийомом їжі, виникає або підсилюється натще, через 2–3 години після прийому їжі, зменшується після її прийому; більше половини хворих скаржаться на нічний біль;
- диспепсичний 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 повинна бути підтверджена при морфологічному дослідженні множинних біоптатів). Кожна ЕГДС має супроводжуватися біопсією. Один біоптат береться з антрального відділу шлунка для проведення швидкого уреазного тесту на наявність інфекції *H. pylori*. Ще 2 біоптати беруться з антрального відділу і тіла шлунка для морфологічного дослідження: гістологічної діагностики інфекції *H. pylori*, атрофії, дисплазії або неоплазії, виключення рідкісних або атипичних причин.

**Симптоми, що вказують на можливість ускладнень пептичної виразки:**

- гематемезис – блювотиння у вигляді «кавової гущі»;
- дьогтеподібні випорожнення 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).

**4.1.2. Диференційна діагностика**

Диференційна діагностика пептичної виразки шлунка проводиться насамперед із раком шлунка. В постановці правильного діагнозу допомагає врахування «малих ознак» – немотивована прогресуюча втрата маси тіла, немотивована анемія, симптоми диспепсії, які вперше виникли у віці після 45 років. На користь злякисного новоутворення вказують великі розміри виразок (особливо у 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 менш ніж із 5 місць країв і дна виразкового дефекту, біопсія сприяє встановленню правильного діагнозу, при щонайменших сумнівах необхідна повторна біопсія.

Слід диференціювати пептичні виразки з функціональною диспепсією, ГЕРХ, симптоматичними виразковими дефектами, зумовленими ендокринною патологією. Гастродуоденальні виразки у хворих на гіперпаратиреоз відрізняються від пептичної виразкової хвороби наявністю ознак підвищеної функції паращитоподібних залоз (м'язова слабкість, біль в кістках, спрага, поліурія). Діагноз підтверджується за допомогою УЗД щитоподібної та прищитоподібної 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 з G-клітин, що продукують гастрин. Підтверджують діагноз провокаційні проби з глюкагоном, УЗД та комп'ютерна томографія підшлункової залози.

**4.2. Алгоритм лікування**

4.2.1. Схеми ерадикаційної антихелікобактерної терапії лікування

**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.

**У разі 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.

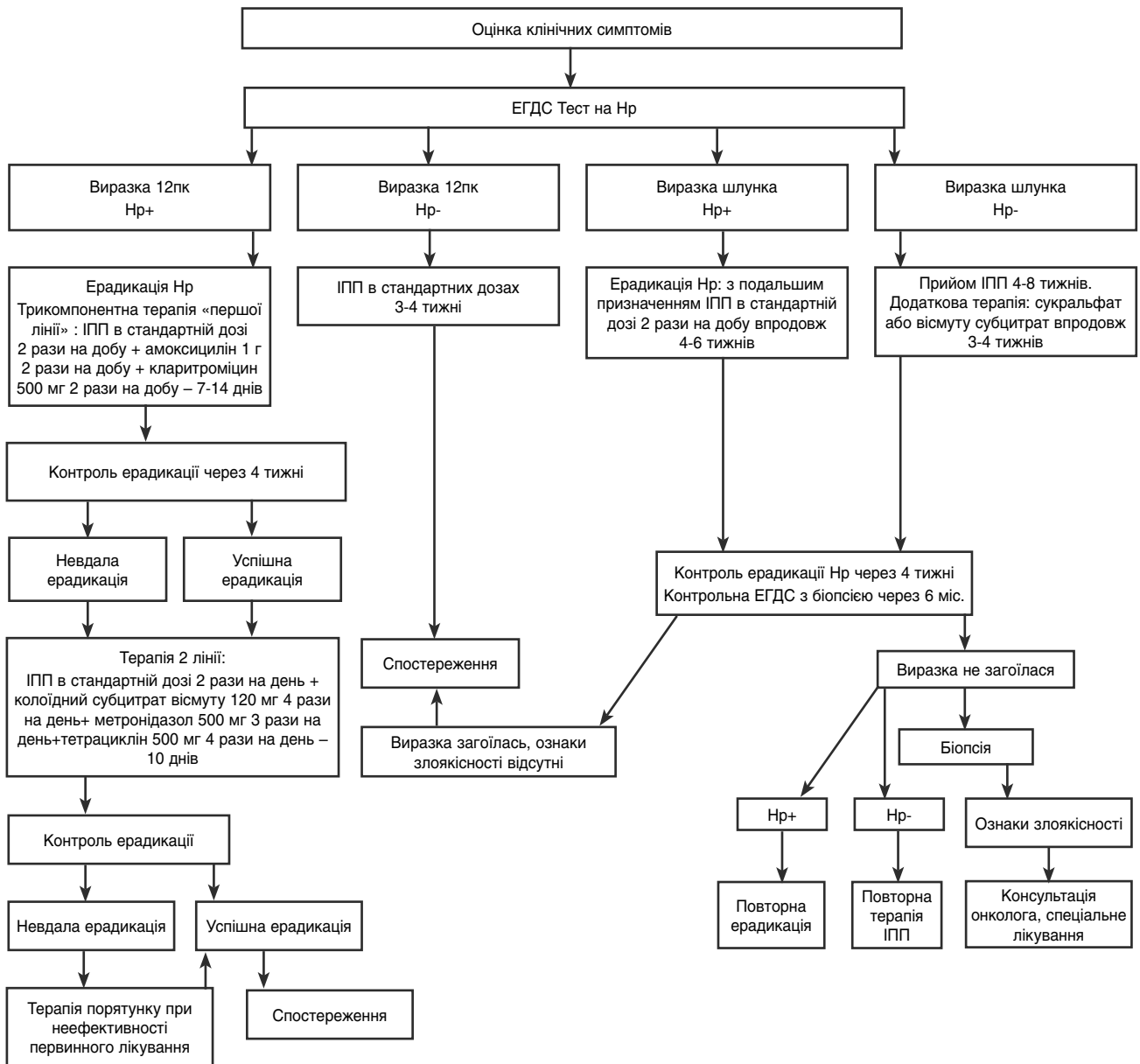
**NB!** Використання високих доз ІПП останнього покоління (езомепразол 40 мг 2 рази на добу) призводить до підвищення ефективності трикомпонентної схеми.

**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):**

(призначається за неефективності трикомпонентної або послідовної терапії, у разі непереносимості або резистентності до кларитроміцину)



Алгоритм діагностики та лікування пептичної виразки

ІПП в 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»:**

(призначається за відсутності ерадикації інфекції *H. pylori* після другого курсу лікування)

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

**4.2.2. Особливості фармакотерапії при пептичній виразці**

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

Б) Після проведення ерадикаційної терапії пептичної виразки, асоційованої з прийомом 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) При неускладненій пептичній виразці дванадцятипалої кишки подальше призначення 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.

**V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ**

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП), та відповідність



призначення лікарських засобів до Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України розміщений за електронною адресою <http://www.drz.kiev.ua/>.

### 5.1. Вимоги для закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу

#### 5.1.1. Кадрові ресурси

Лікар загальної практики — сімейний лікар, лікар терапевт дільничний, медична сестра загальної практики.

#### 5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

**Оснащення.** Відповідно до Табеля оснащення.

**Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):**

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол.
2. Антагоністи  $H_2$ -рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин.
3. Антибактеріальні засоби: амоксицилін, кларитроміцин, левофлоксацин, метронідазол, рифабутин, тетрациклін, тинідазол.
4. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат, сукральфат.
5. Антациди: алюмінію гідроксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію.
6. Альгірати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат.
7. Спазмолітики: дротаверин, мебеверин, папаверин.

### 5.2. Вимоги для закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу

#### 5.2.1. Кадрові ресурси

Лікарі: гастроентеролог, лаборант, лікар із ультразвукової діагностики, радіолог, ендоскопіст; за необхідності — хірург, онколог, ендокринолог, дієтолог; медичні сестри.

#### 5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

**Оснащення.** Відповідно до Табеля оснащення.

**Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):**

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол.
2. Антагоністи  $H_2$ -рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин.
3. Антибактеріальні засоби: амоксицилін, кларитроміцин, левофлоксацин, метронідазол, рифабутин, тетрациклін, тинідазол.
4. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат, сукральфат.
5. Антациди: алюмінію гідроксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію.
6. Альгірати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат.
7. Спазмолітики: дротаверин, мебеверин, папаверин.

*Додаток 1 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки»*

## ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ

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

### Причини розвитку пептичної виразки

Пептичні виразки можуть уражати осіб будь-якого віку, зокрема й дітей. Захворювання однаковою мірою уражує осіб обох статей. Хоча фактори способу життя, такі як харчування, куріння, споживання алкоголю і стрес можуть впливати на розвиток пептичної виразки, зараз відомо, що основною причиною виникнення пептичної виразки є бактерія *H. pylori*. Крім того, деякі лікарські засоби, особливо нестероїдні протизапальні протиревматичні засоби (НПЗ), аспірин, при тривалому застосуванні можуть призводити до розвитку пептичної виразки.

### Коли слід звертатися за медичною допомогою

Пекучий біль у верхній половині живота, який виникає через 2-5 годин після прийому їжі, може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Часто біль виникає вночі, посилюється на порожній шлунок, прийом їжі може допомогти зменшити біль. До менш поширених 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, вони не усувають саме захворювання.

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

- блювотиння з домішками крові яскраво-червоного або більш темного кольору, має зернисту консистенцію, подібну до кавових гранул;
- випорожнення (кал) — дуже темного кольору або дьогтеподібний;
- 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 ендоскопу в шлунок і дванадцятипалу кишку. При проведенні ендоскопії спеціаліст може взяти зразок тканини шлунка або дванадцятипалої кишки, який піддають аналізу на наявність *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) одночасно з проведенням процедури.

### Лікування

План вашого лікування буде залежати від того, чим викликана пептична виразка: інфекцією *H. pylori*, засто-





суванням НППЗ чи в деяких випадках поєднанням інфекції *H. pylori* і застосуванням НППЗ.

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

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватися рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або 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 і дуже холодної їжі.
- Приймайте їжу слід не кваплячись, ретельно пережовувати їжу.
- Слід відмовитися від тютюнокуріння 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 повинна бути зварена у воді або на пару, окремі страви можна запікати, але без скоринки.
- Вживати їжу слід 4-5 разів на день в одні і ті самі години.

#### **ДОЗВОЛЯЮТЬСЯ:**

**Напої** – неміцний чай, чай з молоком або вершками, слабке какао з молоком або вершками.

**Хлібні вироби** – хліб пшеничний білий вчорашньої випічки, сухарі білі, печиво нездобне або галетне.

**Закуски** – сир негострий, шинка нежирна і несолонна, салат з відварених 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 нам'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 з дрібною вермішельлю.

**Овочі** – картопля, морква, буряк, цвітна капуста, ранні гарбуз і кабачки, обмежено – зелений горошок, дрібно порізаній кріп – у супи.

**М'ясні і 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, солодоші** – 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 і рибні страви** – м'ясні, рибні і міцні овочеві відвари і бульйони, жирні сорти м'яса і риби, соління, копченості, маринади, м'ясні і рибні консерви.

**Хлібні вироби** – випічка зі здобного тіста, пироги, чорний хліб.

**Фрукти, ягоди, овочі** – сирі не протерті овочі і фрукти, білоголова капуста, ріпа, редька, щавель, шпинат, цибуля, огірки, гриби, всі консервовані овочі з додаванням оцту.

**Напої** – квас, чорна кава, газовані напої, всі соуси, окрім молочного.

**Солодоші** – морозиво, шоколад.

Якщо у хворого виражене загострення з 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 – тільки в протертому вигляді.

*Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.09.2014 № 613.*

*Публікується в скороченому варіанті. З оригіналом документа можна ознайомитися на сайті Міністерства охорони здоров'я України ([www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua))*