

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 1**

**кафедра внутрішньої медицини № 1**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
до практичних занять для студентів**

**Навчальна дисципліна** Внутрішня медицина (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія, кардіологія, ревматологія, нефрологія), в тому числі ендокринологія, фтизіатрія, невідкладні стани в неврології, виробнича лікарська практика (професійне навчання) внутрішні хвороби

**Модуль 1.** Внутрішня медицина (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія) в т.ч. ендокринологія, фтизіатрія), виробнича лікарська практика (професійне навчання) внутрішні хвороби

**Освітній рівень** другий (магістерський)

**Галузь знань** 22 Охорона здоров'я

**Спеціальність** 222 Медицина

**Кафедра** внутрішньої медицини №1

**Тема заняття:** «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки»

**Затверджено** на засіданні внутрішньої медицини №1

від «29» серпня 2025 р., протокол № 1

Завідувач кафедри професор, д.мед.н.  Шипулін В.П.

**Київ 2025**

**УДК 616-085+615](07)**

**Розробники:**

- завідувач кафедри внутрішньої медицини №1, д.мед.н., професор Шипулін В.П.,
- професор кафедри внутрішньої медицини №1, д.мед.н. Чернявський В.В.,
- доцент кафедри внутрішньої медицини №1, к.мед.н. Гвоздецька Л.С.,
- доцент кафедри внутрішньої медицини №1, к.мед.н. Ліневська К.Ю.,
- доцент кафедри внутрішньої медицини №1, к.мед.н. Купчік Л.М.,
- асистент кафедри внутрішньої медицини №1 Акімов А.І.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри внутрішньої медицини  
№1

Протокол №1 від 29 серпня 2025 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри внутрішньої медицини  
№1

Протокол № \_ від \_\_. \_\_ .20 \_року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри внутрішньої медицини  
№1

Протокол № \_ від \_\_. \_\_ .20 \_року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри внутрішньої медицини  
№1

Протокол № \_ від \_\_. \_\_ .20 \_року

# Тема «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки»

## 1. Мета заняття:

Навчити студентів вмінню збирати скарги, анамнез та проведенню фізикального обстеження у хворих на пептичну виразку шлунка та ДПК.

Ознайомити студентів з методами обстежень, які застосовуються для діагностики пептичної виразки, показаннями до їх використання, методикою виконання, діагностичною цінністю кожного з них.

Навчити студентів самостійно трактувати результати проведених обстежень, формулювати діагноз та вміти проводити і аналізувати диференційний діагноз.

Навчити студентів складати алгоритм лікування конкретного хворого на пептичну виразку шлунка або ДПК із урахуванням клінічних особливостей перебігу та наявності супутньої патології.

## 2. Компетентності:

*інтегральна:*

Здатність розв'язувати складні задачі, у тому числі дослідницького та інноваційного характеру у сфері медицини. Здатність продовжувати навчання з високим ступенем автономії

*загальні компетентності (ЗК):*

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання про пептичну виразку шлунка та ДПК у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ЗК 12. Визначеність і наполегливість щодо поставлених завдань і взятих обов'язків.

ЗК 13. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.

ЗК 14. Здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні.

ЗК 15. Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку

предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя.

*спеціальні (фахові, предметні) компетентності (ФК)*

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта з пептичною виразкою шлунка та ДПК і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу пептичної виразки шлунка та ДПК.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці пептичної виразки шлунка та ДПК.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці пептичної виразки шлунка та ДПК.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики пептичної виразки шлунка та ДПК.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 11. Здатність розв'язувати медичні проблеми у нових або незнайомих середовищах за наявності неповної або обмеженої інформації з урахуванням аспектів соціальної та етичної відповідальності.

ФК 15. Здатність до проведення експертизи працездатності.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 21. Зрозуміло і неоднозначно доносити власні знання, висновки та аргументацію з проблем охорони здоров'я та дотичних питань до фахівців і нефахівців, зокрема до осіб, які навчаються.

ФК 23. Здатність розробляти і реалізовувати наукові та прикладні проекти у сфері охорони здоров'я.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ФК 25. Дотримання професійної та академічної доброчесності, нести відповідальність за достовірність отриманих наукових результатів.

### 3. План та організаційна структура заняття.

| Назва етапу                                                                                                                      | Опис етапу                                                                                                                                | Рівні засвоєння                                                   | Час       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Підготовчий етап</b>                                                                                                          |                                                                                                                                           |                                                                   |           |
| Організаційні заходи<br>Перевірка робочих зошитів<br>Постановка навчальних цілей та мотивація<br>Контроль вихідного рівня знань: | <u>Методи контролю теоретичних знань:</u><br>- індивідуальне теоретичне опитування;<br>- тестовий контроль;<br>- вирішення типових задач. | Питання<br>Типові задачі<br>Тести<br>Письмові теоретичні завдання | 45-60 хв. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Етіологія та патогенез<br>2. Клініка<br>3. Діагностика<br>4. Диференційний діагноз<br>5. Лікування                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               | Таблиці<br>Малюнки<br>Структурно-логічні схеми<br>Аудіо- та відео-матеріали.                                                                       |             |
| <b>Основний етап</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |             |
| <u>Формування практичних навичок</u><br>1. Пальпація живота у хворого на пептичну виразку;<br>2. Методика виявлення ознак ускладнень пептичної виразки;<br>3. Методика проведення езофаго-гастроуденоскопії, пасажу барію.<br><br><u>Формування професійних вмінь</u><br>1. Провести курацію хворого<br>2. Скласти план обстеження хворого.<br>3. Скласти план лікування хворого на пептичну виразку шлунка або ДПК. | <u>Метод формування практичних навичок:</u><br>Практичний тренінг<br><br><u>Метод формування професійних вмінь:</u><br>тренінг у вирішенні типових та нетипових ситуаційних задач (реальних клінічних, імітованих, текстових) | Алгоритм для формування практичних навичок.<br><br>Професійні алгоритми для формування професійних вмінь; хворі, історії хвороб, ситуаційні задачі | 100-150 хв. |
| <b>Підсумковий етап</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |             |
| Контроль та корекція рівня практичних навичок та професійних вмінь                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <u>Методи контролю практичних навичок:</u><br>Індивідуальний контроль практичних навичок та їх результатів<br><br><u>Методи контролю професійних вмінь:</u> аналіз та оцінка результатів клінічної роботи студентів           | Результати роботи з хворим, з історією хвороби.<br><br>Нетипові ситуаційні задачі.                                                                 | 45-60 хв.   |
| Підведення підсумків заняття: теоретичного, практичного, організаційного                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    | 5-10 хв.    |
| Домашнє завдання                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова)                                                                                                                          |                                                                                                                                                    | 5 хв.       |

#### 4. Зміст теми заняття:

Пептична виразка (ПВ) – захворювання шлунку або дванадцятипалої кишки в основі якого лежить утворення виразкового дефекту в слизовій оболонці шлунку чи дванадцятипалої кишки в період загострення з послідуєчим рубцюванням.

**ЕТИОЛОГІЯ** - мультифакторне захворювання з полігенним типом спадковості. При наявності "критичного" числа генетично зумовлених ознак формується схильність до ПВ, що може реалізуватися при впливі на організм комплексу несприятливих факторів зовнішнього середовища. Спадкова схильність до виразкової хвороби виявляється у 40- 50% хворих. Ризик розвитку ПВ у кровних родичів хворих у 3-4 рази вищий, ніж у популяції в цілому. "Сімейний виразковий синдром" - виразки однієї локалізації, частіше дуоденальні, виявляються у батьків та їх дітей, у всіх при цьому 0 (I) група крові.

### **ПРОВОКУЮЧІ ФАКТОРИ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА**

Інфекційний фактор (*Helicobacter pylori*) відіграє головну роль у розвитку ПВ. Близько 95% пацієнтів з виразкою дванадцятипалої кишки і 80% з виразкою шлунка інфіковані *H. pylori*, у решти 30% виразки шлунка викликані прийомом НПЗЗ.

Шкідливі звички – паління й алкоголізм, 95% хворих на пептичну виразку палять. Нікотин викликає гіперплазію парієтальних клітин у слизовій оболонці шлунку, пригнічує утворення бікарбонату підшлунковою залозою, підвищує рівень пепсиногену-1 у крові, пригнічує слизоутворення у шлунку й дванадцятипалій кишці, підсилює моторику шлунку, викликає спазми, дуодено-гастральний рефлюкс. Систематичне вживання алкоголю супроводжується дистрофією і атрофією слизової оболонки шлунку з появою зон кишкової метаплазії.

### **ПАТОГЕНЕЗ**

*H. pylori* це грам (-), спіральовидна бактерія із джгутиками на одному кінці, які роблять її рухомою, що дозволяє їй проникати і жити глибоко під шаром слизу в тісному контакті з епітеліальною поверхнею. Вона використовує молекулу адгезини (BabA) для зв'язку з антигеном Lewis b на епітеліальних клітинах. Тут поверхневий рН близький до нейтрального, а будь-яка кислотність буферизується ферментом уреазою, що продукує  $\text{NH}_3$ . Під дією ферменту з сечовини утворюється аміак, що підвищує рН навколо бактерії і між шарами її двошарової мембрани. Поширення інфекції відбувається при контакті з хворими шлунковим рефлюксом або блювотою. *H. pylori* колонізує виключно шлунковий епітелій - це єдиний мікроорганізм, знайдений в дванадцятипалій кишці, асоційований з ділянками шлункової метаплазії.

Бактерія викликає розвиток хронічного гастриту, провокуючи локальний запальний процес в епітелії. Це залежить від численних факторів, особливо експресії бактеріальних генів *cagA* і *vacA*. Ген *cagA* - маркер сегмента геному, названого *cag* [острівець патогенності (ОП)] який кодує гени системи секреції. Бактерія вводить *cagA* в епітеліальні клітини, в кінцевому рахунку взаємодіючи з численними клітинними сигнальними шляхами, залученими в процес реплікації апоптозу і морфології клітини. Більшість штамів секретують пороутворюючий білок, названий *vacA*, що викликає формування великих вакуолей в клітині *in vitro*. *In vivo* у *vacA* багато ефектів, включаючи збільшення проникності клітини, вихід живильних мікроелементів з епітелію, індукцію апоптозу і придушення локальної імунної клітинної активності.

Генетичний поліморфізм господаря також має значення, наприклад, у осіб з великим рівнем експресії прозапальних цитокінів інтерлейкіну-1,3, існує великий ризик розвитку атрофії шлунка і подальшої малігнізації. Схожий поліморфізм в інших генах, що беруть участь в запальній відповіді господаря на інфекцію (наприклад, IL-10 та ФНП-а), також може мати значення.

У більшості людей *H. pylori* викликає антральний гастрит, пов'язаний зі зменшенням вивільнення соматостатину (з D-клітин) і гастрину з (G-клітин). Подальша гіпергастринемія стимулює продукцію соляної кислоти парієтальними клітинами, але в більшості випадків це не має клінічних наслідків. У решти пацієнтів (можливо, курців) цей ефект посилюється, приводячи до утворення виразок в дванадцятипалій кишці. Роль *H. pylori* в патогенезі виразки шлунка менш ясна, але можливо, що дія *H. pylori* пов'язана зі зниженням стійкості слизової оболонки шлунка до дії соляної кислоти і пепсину. Приблизно у 1% інфікованих людей *H. pylori* викликає пангастрит, що приводить до атрофії шлунка і гіпохлоргідрії. Це дозволяє бактерії розмножуватися в шлунку, особливості метаболізму бактерії можуть призводити до утворення мутагенних нітритів з нітратів їжі, призводячи до розвитку раку шлунка.

### **КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ**

Абдомінальний біль в епігастрії, пілородуоденальній зоні, зазвичай приступоподібний, різучий, пекучий, рідше – ниючий, який має чіткий зв'язок з 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 ПВ – ендоскопічно підтверджений виразковий дефект у дванадцятипалій кишці або шлунку (доброякісність шлункової виразки обов'язково повинна бути підтверджена при морфологічному дослідженні множинних біоптатів). ЕГДС повинна супроводжуватися біопсією. Один біоптат береться з антрального відділу шлунка для проведення швидкого уреазного тесту на наявність інфекції *H. pylori* (за потреби). Ще 2 біоптати беруться із зони ураження (при пептичній виразці шлунка) для морфологічного дослідження: атрофії, дисплазії або неоплазії, виключення рідкісних або атипичних причин.

Під час збору анамнезу необхідно оцінити наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки, 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).

У третини пацієнтів немає ніяких проявів в анамнезі. Це особливо стосується пацієнтів похилого віку, які приймають НПЗЗ. У них біль може бути відсутнім або бути настільки незначимим, що відчувається як неясне відчуття тяжкості в епігастрії. Рідко єдиними симптомами захворювання є анорексія, нудота або почуття надмірного насичення після їжі. У деяких пацієнтів виразка абсолютно «мовчить», вперше виявляється у вигляді анемії, обумовленої прихованою крововтратою у вигляді гематемезису, або як гостра перфорація, у інших спостерігають рецидивуючу кровотечу без характерних болів в періоди між загостреннями.

### **ФІЗИКАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ**

Під час нападу болю пацієнти нерідко приймають характерне вимушене положення - лежать на боці (або спині) з притягнутими до животу колінами або сидять навпочіпки, здійснюючи тиск на ямку під грудьми стиснутою в кулак рукою. Поза нападом загальний стан хворого задовільний, положення активне. Пальпаторно в епі- та мезогастрії виявляється підвищена чутливість шкіри (гіперестезія-гіперальгезія). При

загостренні захворювання можлива поява захистного м'язового напруження, підвищеної резистентності черевної стінки, зумовлених реакцією парієтального листка очеревини на активний виразковий процес. Симптом Менделя - локальна болючість при перкусії у ділянці виразки в епігастрії. Під час вдиху наносяться короткі відривчасті удари двома зігнутими пальцями (вказівним і середнім) правої руки у симетричних ділянках черевної стінки в епігастрії - під мечовидним відростком, справа і зліва від нього. При позитивному симптомі хворий відчуває на обмеженій ділянці біль. Вираженість симптому (+, ++, +++) відповідає активності процесу.

## **ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ**

### **1. Лабораторні методи обстеження:**

Загальний аналіз крові – за показаннями.

Біохімічний аналіз крові – за показаннями.

Аналіз калу на приховану кров або ІФА калу на людський гемоглобін (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).

Визначення інфекції *H. pylori* за допомогою одного зі скринінгових методів:

– 13С-уреазний дихальний тест (проводиться після припинення прийому ППП мінімум за 2 тижні, антибіотиків – за 4 тижні до проведення тесту) – найдостовірніший неінвазивний метод діагностики хелікобактерної інфекції.

– каловий антигенний тест (проводиться після припинення прийому ППП мінімум за 2 тижні, антибіотиків – за 4 тижні до проведення тесту).

– серологічне дослідження (IgA або IgG до антигенів *H. pylori* в крові).

**2. Інструментальні методи дослідження:** 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 біопсії. Для діагностики Нр-асоційованого гастриту необхідна стандартна біопсія: щонайменше два біоптати з антрального відділу (на великій і малій кривизні, 3 см проксимальніше до пілоричного відділу) і два біоптати із середини тіла шлунка. Додаткова біопсія з ділянки виразки шлунка рекомендується для діагностики передпухлинних змін. Біопсія слизової оболонки шлунка застосовується для проведення експрес-діагностики *H. pylori* в ендоскопічному кабінеті (швидкий уреазний тест) та подальшого морфологічного та, в найкращому разі, бактеріологічного дослідження біоптату.

Рентгеноскопія шлунка проводиться при неможливості проведення ЕГДС, при підозрі на інфільтративний процес у шлунку.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини проводиться для виключення органічних і функціональних захворювань жовчного міхура, підшлункової залози.

**3. Консультації суміжних спеціалістів:** хірурга (за наявності ознак ускладненого перебігу-внутрішньої кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації), онколога (за наявності ознак неопластичного процесу в шлунку).

## **ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ**

Диференціальний діагноз виразкової хвороби проводиться із рядом захворювань шлунково-кишкового тракту й інших органів:

1. Рак шлунку.

2. Синдром Меллорі-Вейса.

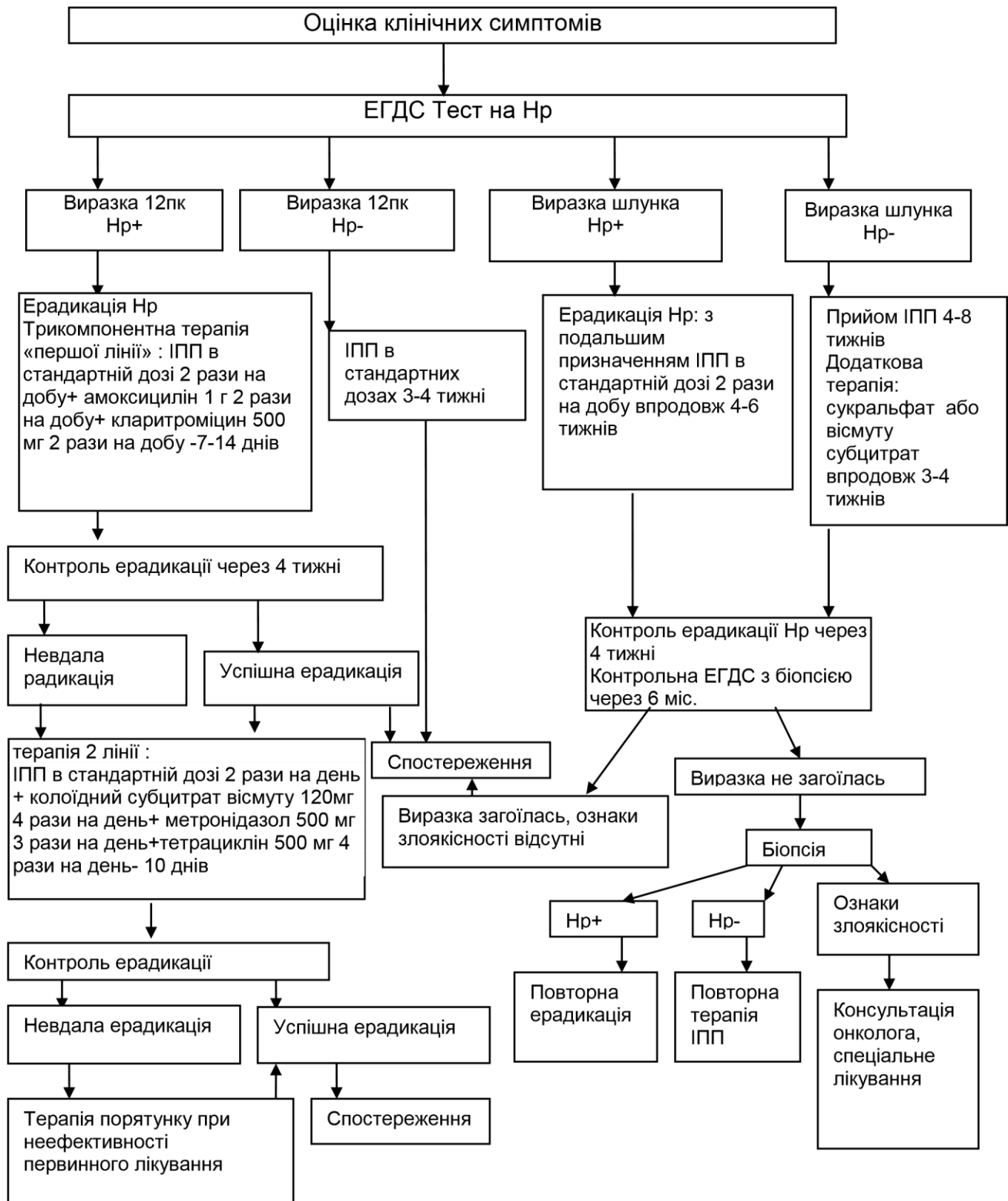
3. Варикозне розширення вен стравоходу та шлунку.
4. Хронічний гастрит.
5. Хронічний гастродуоденіт.
6. Грижі стравохідного отвору діафрагми.
7. Хронічний холецистит.
8. Хронічний панкреатит.
9. Запальні захворювання кишківника.
10. Абдомінальна форма інфаркту міокарда.

Диференційна діагностика ПВ шлунка проводиться перш за все з 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 злоякісного 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 з 5 місць країв і дна виразкового дефекту біопсія, сприяє встановленню правильного діагнозу, при щонайменших сумнівах необхідна повторна біопсія.

Слід диференціювати ПВ з функціональною диспепсією, ГЕРХ, симптоматичними виразковими дефектами, обумовленими 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 щитовидної та прищитовидної залоз, дослідження рівня іонізованого кальцію, фосфору і паратгормону у крові.

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

Таблиця 1: Алгоритм діагностики та лікування пептичної виразки



## ЛІКУВАННЯ

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

Для лікування пептичної виразки, викликаною інфекцією *H. pylori*, призначається ерадикаційна терапія, яка включає антибактеріальні лікарські засоби. Для лікування пептичної виразки, викликаної застосуванням НПЗП, при відсутності інфекції *H. pylori*, призначаються інгібітори протонної помпи (ІПП) впродовж 1-2 місяців. Також необхідно буде переглянути режим застосування НПЗП або призначити інший знеболюючий препарат.

Загальні рекомендації щодо режиму харчування

- Необхідно уникати переїдання, не їсти на ніч і не вживати дуже гарячої і дуже холодної їжі.
- Приймаючи їжу слід не кваплячись, ретельно пережовувати їжу.
- Слід відмовитись 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 повинна бути зварена у воді або на пару, окремі блюда можна запікати, але без скоринки.
- Приймати їжу слід 4-5 разів на день в одні і ті ж години.

## МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

Схеми ерадикаційної антихелікобактерної терапії:

В регіонах, де рівень резистентності до кларитроміцину не перевищує 15%

Трикомпонентна терапія:

ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу впродовж 14 днів.

При алергії на пеніцилін:

ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу+метронідазол 500 мг 2 рази на добу впродовж 14 днів.

Терапія другої лінії (квадротерапія):

(призначається при неефективності трикомпонентної)

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 14днів.

Терапія «порятунку»:

ІПП в стандартній дозі 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день + левофлоксацин 500 мг 1раз на добу.

В регіонах, де рівень резистентності до кларитроміцину перевищує 15%, не слід використовувати трикомпонентну схему з інгібітором протонної помпи (ІПП) і кларитроміцином без попереднього визначення чутливості до антибіотиків.

Серед чотирикомпонентних схем, які не містять препарату вісмуту, одночасна 14-денна терапія ІПП, амоксициліном, кларитроміцином і нітроїмідазолом є терапією вибору, оскільки вона найбільш ефективна в подоланні антибіотикорезистентності.

## Лікування ПВ

NB! Лікарські засоби необхідно приймати перед їжею.

### Основні схеми ерадикаційні терапії, рекомендовані для використання відповідно до положень Маастріхт VI/Флорентійського консенсусу

| № п/п | Назва протоколу                                            | Зміст (компоненти протоколу)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Тривалість лікування, дні |
|-------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1     | Стандартна потрійна терапія                                | ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + кларитроміцин 500 мг 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг (або метронідазол 500 мг) 2 рази на день                                                                                                                                                                                             | 14                        |
| 2     | Стандартна вісмутова квадротерапія                         | ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + колоїдний субцитрат вісмуту 120 мг 4 рази в день + тетрациклін 500 мг 4 рази на день + метронідазол 500 мг 3 рази на день                                                                                                                                                                      | 10 або 14                 |
| 3     | Супутня (concomitant) квадротерапія без препаратів вісмуту | ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день + кларитроміцин 500 мг 2 рази на день + метронідазол 500 мг 2 рази на день                                                                                                                                                                                  | 14                        |
| 4     | Подвійна високодозна терапія                               | ІПП у стандартній дозі 4 рази на день або в подвоєній дозі 2, 3 або 4 рази на день + амоксицилін у дозі $\geq 2$ г/добу, наприклад, 750 мг 4 рази на день або 1000 мг 3 рази на день                                                                                                                                                   | 14                        |
| 5     | Левовфлоксацинвмісна потрійна терапія                      | ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + левофлоксацин 500 мг 1 або 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день                                                                                                                                                                                                                 | 10–14                     |
| 6     | Вісмутова квадротерапія з левофлоксацином                  | Езомепразол 40 мг 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день + левофлоксацин 500 мг 1 раз на день (або 250 мг 2 рази на день) + вісмуту субцитрат 240 мг 2 рази на день                                                                                                                                                       | 14                        |
| 7     | Вісмутова квадротерапія з фуразолідом та амоксициліном     | ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + колоїдний субцитрат вісмуту 240 мг 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день + фуразолідон 200 мг 2 рази на день<br>або:<br>ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + вісмуту субцитрат 220 мг 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 3 рази на день + фуразолідон 100 мг 3 рази на день | 14                        |
| 8     | Вісмутова квадротерапія з фуразолідом та тетрацикліном     | ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + препарат вісмуту у стандартній дозі 2 рази на день + тетрациклін 500 мг 4 рази на день + фуразолідон 100 мг 4 рази на день                                                                                                                                                                     | 14                        |
| 9     | Вісмутова квадротерапія з амоксициліном та тетрацикліном   | ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + препарат вісмуту у стандартній дозі 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 3 рази на день + тетрациклін 500 мг 4 рази на день                                                                                                                                                                    | 14                        |
| 10    | Потрійна терапія з рифабутином                             | ІПП у стандартній або подвоєній дозі + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день + рифабутин 300 мг 1 раз на день (або рифабутин 150 мг 2 рази на день)                                                                                                                                                                                       | 10                        |

Примітка: Подальше збільшення дози ППІ (подвійні дози 2 рази на день) підвищують ефективність ерадикаційної терапії (пункти 1-3)

### Особливості фармакотерапії при ПВ:

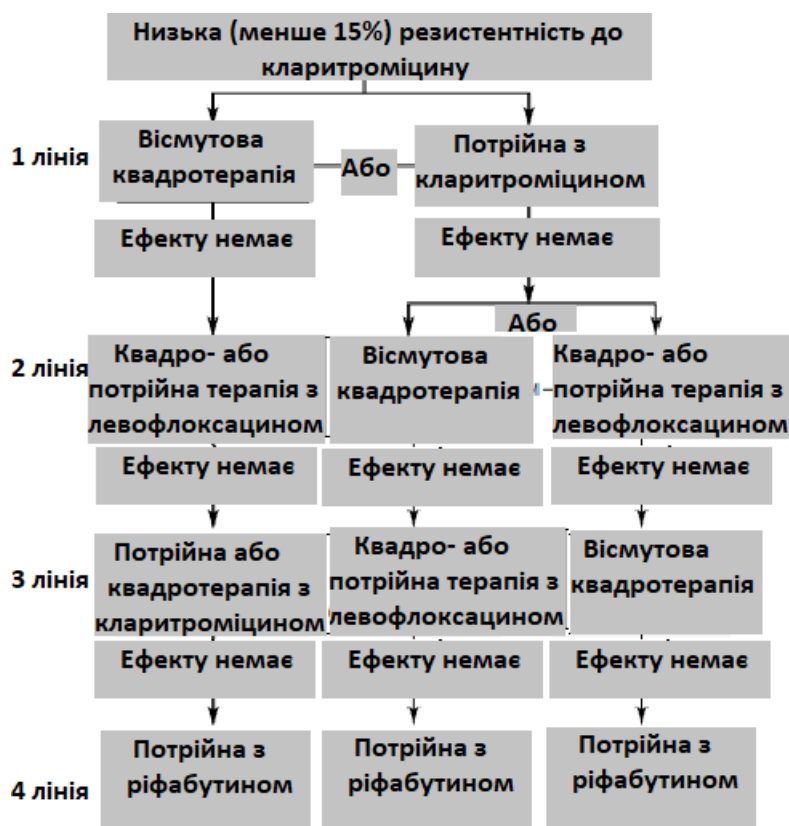
Доцільне призначення пробіотиків в період антихелікобактерної терапії впродовж 14 днів, оскільки вони підвищують ефективність ерадикації та запобігають розвитку дисбіотичних порушень кишечника.

Після проведення ерадикаційної терапії ПВ, асоційованої з прийомом НПЗЗ, необхідне призначення ППІ в стандартній дозі або антагоністів H<sub>2</sub>-рецепторів у подвійній дозі; додатково можуть бути призначені сукральфат або вісмуту субцитрат. Тривалість лікування – 14-28 днів залежно від локалізації виразки.

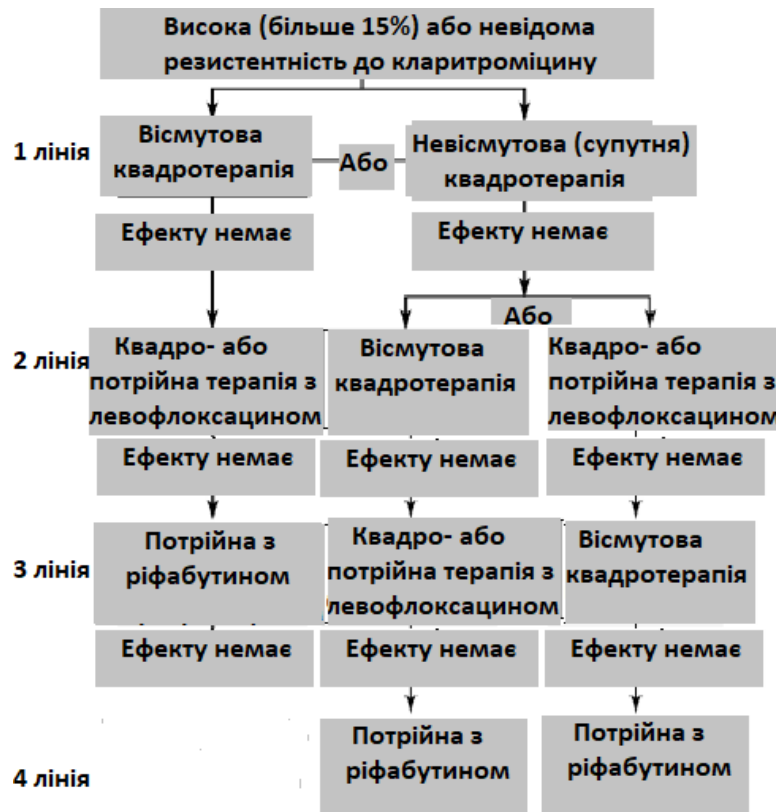
При неускладненій ПВ дванадцятипалої кишки подальше призначення ППІ не потрібне.

До отримання результатів біопсії для полегшення симптомів пептичної виразки за необхідності можуть бути призначені антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів, антациди, альгінати, спазмолітичні засоби.

### Алгоритм ерадикаційної терапії *H. pylori* у разі відсутності індивідуальних результатів на чутливість мікроорганізму до антибіотиків при низькій популяційній резистентності до кларитроміцину



**Алгоритм ерадикаційної терапії *H. pylori* у разі відсутності індивідуальних результатів на чутливість мікроорганізму до антибіотиків при високій популяційній резистентності до кларитроміцину**



Можливий негативний вплив антибіотиків при ерадикації може бути зменшений використанням пробіотиків. Маастрихтський консенсус VI/Флорентійський консенсус закликають використовувати з цією метою ті пробіотики, які довели свою ефективність в даному питанні в клінічних дослідженнях (*Lactobacillus*, *Saccharomyces boulardii*, *Bacillus clausii*). Важливим є достатня тривалість пробіотичної терапії, яка повинна перевищувати 2 тижні. Деякі пробіотики (*Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Saccharomyces boulardii*) здатні також підвищувати ефективність ерадикаційної терапії, що було показано в дослідженнях (можливо, більшою мірою за рахунок зменшення побічних ефектів антибіотиків, ніж за рахунок прямого антихелікобактерного дії).

## **УСКЛАДНЕННЯ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ:**

Перфорація, пенетрація, пілородуоденальний стеноз, кровотеча, малігнізація.

### **Перфорація**

При виникненні перфорації вміст шлунка витікає в черевну порожнину, приводячи до перитоніту. При виразках дванадцятипалої кишки перфорація виникає частіше, ніж при виразках шлунка, і зазвичай при локалізації на передній стінці. Близько 30% всіх перфорацій виникає при гострих виразках, часто причиною їх виникнення вважають НПЗП.

Клінічні прояви. Перфорація – часто перший прояв виразки, рецидивний біль в епігастрії в анамнезі відзначається рідко. Ведучий симптом – раптовий гострий (кинджальний) біль, його поширення відповідає поширенню шлункового вмісту по очеревині. Біль спочатку виникає у верхній частині живота і швидко стає розлитим. Виявляють поверхнєве дихання, пов'язане з обмеженням рухів діафрагми і розвитком шокового стану. Живіт нерухомий, відзначають загальну ригідність – «дошкоподібний живіт». Відсутні кишкові шуми, а печінкова тупість при перкусії зменшується в зв'язку з наявністю газу під діафрагмою. Через кілька годин симптоми можуть слабшати, хоча ригідність черевної стінки залишається. Потім загальний стан пацієнта погіршується в зв'язку з розвитком перитоніту.

Щонайменше в 50% випадків рентгенографія в положенні стоячи виявляє вільне повітря під діафрагмою. Якщо ця ознака не виявляється, то необхідно провести рентгеноконтрастне дослідження з водорозчинним контрастом, яке підтверджує витікання шлунково-кишкового вмісту.

Лікування і прогноз. Після відновлення вітальних функцій перфорацію лікують хірургічним шляхом або простим закриттям, або пілоропластикою, якщо перфораційний отвір великих розмірів. У рідкісних випадках потрібна резекція шлунка. Після операції при наявності Н. рулогі необхідно провести її ерадикацію, в подальшому уникати прийому НПЗП.

### **Пілородуоденальний стеноз**

Найбільш часта причина-виразка в області пілоруса.

Клінічні прояви. Нудота, блювота і здуття живота – головні ознаки обструкції вихідного відділу шлунка. Часто виникає рясна блювота вмістом шлунку, можна розпізнати їжу, з'їдену 24 год назад або більше.

При фізикальному обстеженні часто виявляють ознаки виснаження і дегідратації. «Шум плескоту» можна почути через 4 год і більше після останнього прийому їжі або рідини. Видима перистальтика шлунка патогномонічна для обструкції вихідного відділу.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Наявність органічного пілородуоденального стенозу є абсолютним показанням до оперативного втручання.

Вибір методу оперативного втручання проводять індивідуально, залежно від стану хворого, ступеня стенозу і характеру патоморфологічних змін, стану секреторної та моторної функції шлунка, наявності супровідної патології і тощо. Принципи оперативного лікування при пілородуоденальному стенозі наступні:

- а) усунення стенозу і створення умов для відновлення моторно-евакуаторної функції оперованого шлунка;
- б) усунення виразки.

### **Кровотечі з виразок**

Важке ускладнення пептичної виразки, яке зумовлене ерозією судин у виразці і поступленням крові в шлунково кишковий тракт.

Частота кровотеч при виразковій хворобі досягає 22-28%, вони бувають переважно у хворих після 40 років. У жінок кровотечі з виразок зустрічаються вдвічі рідше, ніж у чоловіків. Кровотечі з виразок шлунка трапляються частіше, ніж з виразок ДПК. Особливо часто кровоточать виразки малої кривизни шлунка та задньої стінки ДПК.

Клінічна симптоматика.

Клінічна картина кровотечі визначається ступенем крововтрати, тривалістю кровотечі, характером основного захворювання, віком хворого, наявністю супутньої патології.

На фоні загострення пептичної виразки (найчастіше) з'являється прогресуюча загальна слабкість, головокружіння, запаморочення, інколи втрата свідомості, "мушки" перед очима, блювання кров'ю (haematemesis). Залежно від об'єму і часу кровотечі, блювання може бути "кавовою гущею", що пов'язано з утворенням солянокислого гематину в шлунку. "Кавова гуща" є найбільш характерним симптомом кровотечі, може бути одноразовою і повторною, що вказує на продовження кровотечі. При кровоточивій виразці шлунка блювання "кавовою гущею" спостерігається частіше, ніж при дуоденальній виразці.

Кровотечі інколи передують посиленню болю і диспептичних явищ, які зникають після початку кровотечі (симптом Бергмана). У випадках гострої профузної кровотечі з блювотними масами виділяється малозмінена, часто із згустками кров, яка не подібна до "кавової гущі".

Іншою достовірною ознакою кровотечі є чорні дьогтеподібні випорожнення з неприємним запахом (melena). Утворення їх пов'язане з поступленням в просвіт кишечника крові, яка поступово розкладається, внаслідок чого утворюється сірчане залізо, що надає каловим масам чорного кольору. При профузних гострих дуоденальних кровотечах калові маси можуть бути темно-вишневого кольору, рідкої

консистенції, що пов'язане з швидким просуванням крові по кишечнику. При помірних кровотечах калові маси оформлені, звичайної консистенції, чорного кольору. При кровоточивій дуоденальній виразці мелена зустрічається частіше, а наявність мелени як першої ознаки при шлунковій кровотечі свідчить про помірну інтенсивність кровотечі.

При огляді хворий блідий, переляк на обличчі, лежить переважно на спині, дихання часте. Обличчя хворого покрите холодним липким потом, що часто свідчить про продовження кровотечі. Блідість шкіри обличчя і видимих слизових оболонок, сухість у роті - постійні ознаки раннього постгеморагічного стану. Пульс частий, м'який, інколи ниткоподібний. АТ понижений. Язик вологий, майже завжди обкладений білим нальотом, нерідко на ньому і яснах видно залишки блювотних мас. При огляді живіт запалий, часто помітна пульсація в епігастральній ділянці. Деколи на передній стінці живота визначаються пігментні плями як наслідок тривалого застосування грілок. При важких кровотечах живіт здутий внаслідок розпаду крові в кишечнику та інтоксикації. При аускультатії живота у хворих з кровотечею визначається посилення перистальтичних шумів, що пов'язано з подразненням кишечника кров'ю.

Пальпація при кровотечах допустима тільки поверхнева, при ній визначається помірна болючість в проекції виразки. Глибока пальпація черевної стінки ризикована, тому що вона може спровокувати відрив тромба і кровотечу.

При перкусії визначається болючість в проекції виразки на передню черевну стінку (симптом Менделя).

Обов'язковим методом обстеження у хворих з шлунково-кишковими кровотечами є пальцеве ректальне дослідження. При проведенні його виявляються рідкі дьогтеподібні калові маси в прямій кишці, а також можна виявити інші джерела кровотечі: пухлини прямої кишки, гемороїдальні вузли, анальну тріщину.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікувальна тактика залежить від причини кровотечі, тривалості кровотечі та її динаміки, ступеня крововтрати.

Всі хворі з підозрою на шлунково-кишкову кровотечу повині госпіталізуватися в хірургічне відділення.

### **Пенетрація**

Виразка, яка виникає в результаті прогресування деструктивних процесів в стінці шлунка або ДПК, супроводжується утворенням спайкового процесу, а дном виразки є паренхіматозний орган.

Виразка шлунка пенетрує в:

- малий сальник;
- підшлункову залозу;

- печінку;
- поперековоободову кишку.

Виразка ДПК пенетрує в:

- голівку підшлункової залози;
- гепатодуоденальну зв'язку;
- жовчний міхур;
- жовчні протоки з утворенням нориці.

Клінічна симптоматика:

1. стійкий, тривалий, постійний больовий синдром;
2. втрата характерної періодичності, ритмічності болю;
3. іррадіація болю в поперекову ділянку;
4. блювання не приносить полегшення;
5. постійна резистентність, виражена пальпаторна і перкуторна болючість у проекції виразки;
6. незначна ефективність консервативного лікування;
7. на клініку виразкової хвороби нашаровується клініка захворювань органів, в які пенетрує виразка.

Інколи спостерігають загальні симптоми:

1. втрата маси тіла;
2. субфебрильна температура.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування. Лікування оперативне. Оперативне за умовно абсолютними показаннями в поєднанні з лікуванням захворювання органа, в який пенетрує виразка.

### **Малігнізація**

Малігнізація виразки означає злоякісне переродження виразки.

Малігнізація виразки ДПК зустрічається в 0,1-0,3%, при виразці шлунка – 3-15% хворих.

Клінічна симптоматика

Виділяють наступні ознаки малігнізованої виразки:

1. погіршення загального стану;
2. втрата апетиту;
3. відмова від м'ясної їжі;
4. пониження кислотності шлункового соку;
5. поява молочної кислоти в шлунковому соці.

Характерних клінічних ознак злоякісного переродження виразки не встановлено. При тривалому виразковому анамнезі з чітким клінічним перебігом, чергуванням загострень і ремісій кардинальні зміни характеру симптомів повинні викликати “онкологічну настороженість лікаря”.

Світлі проміжки в перебізі виразкової хвороби скорочуються або зникають.

Біль втрачає зв'язок із прийомом їжі, не має ритмічності, періодичності, стає безпричинним, постійним, не купується

звичайними засобами, нерідко інтенсивність болю наростає, і він лише на короткий термін купується наркотичними анальгетиками.

Хворі відзначають зниження або втрату апетиту, відмову від м'ясної їжі, при локалізації раку в пілоантральному відділі з'являється блювання, частота якого залежить від прогресування стенозу вихідного відділу шлунка.

У процесі прогресування захворювання спостерігають схуднення хворого, виникають ознаки полігіповітамінозу, що відображається на загальному стані хворих.

При огляді хворого на ранніх стадіях розвитку раку зовнішній вигляд не змінений. Може виявлятися помірна блідість шкірних покривів і видимих слизових. В подальшому шкіра набуває жовтуватого або жовто-землистого відтінку. З прогресуванням захворювання розвивається кахексія. В деяких випадках можуть виявлятися набряки – від невеликої пастозності гомілок, ступень до значних набряків, а в запущених випадках – до анасарки в поєднанні з вираженою інтоксикацією. Аускультативні дані - без характерних змін. При наявності малігнізації виразки з ознаками кровотечі визначається посилення перистальтики, в хворого можлива поява більшої чи меншої вираженості мелени.

Пальпація дозволяє виявити пухлину, якщо вона має розміри декілька сантиметрів і знаходиться в нижніх відділах шлунка. Пухлини, розміщені в верхніх відділах шлунка, переважно пальпації недоступні.

При прогресуванні процесу і наявності метастазування пальпуються:

1. печінка – збільшена, щільна, горбиста, неболюча;
2. лімфатичні вузли ший зліва над ключицею ("вірховська залоза");
3. метастази в ректовезикальну заглибину у чоловіків і дугласів простір у жінок;
4. метастази в яєчники (пухлина Крукенберга) у жінок.

## **ПОКАЗАННЯ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

Абсолютні:

1. Перфорація виразки
2. Профузна шлунково-кишкова кровотеча
3. Стеноз, який супроводжується вираженими евакуаторними порушеннями

Відносні:

1. Неефективність неодноразово проведеної адекватної медикаментозної терапії
2. Багаторазові шлунково-кишкові кровотечі в анамнезі
3. Рецидив захворювання після ушивання перфоративної виразки

4. Великі кальозні пенетруючі виразки, які резистентні до медикаментозної терапії

**5. Питання для самопідготовки студента до практичного заняття:**

1. Закінчіть речення: «Пептична виразка – це .....
2. Поясніть етіологію та патогенез пептичних виразок
3. Наведіть сучасну класифікацію пептичних виразок
4. Дайте характеристику клінічних проявів пептичної виразки (ПВ) шлунка та ДПК.
5. Поясніть принципи діагностики пептичних виразок перед початком лікування
6. Опишіть діагностику та діагностичні критерії ПВ
7. Охарактеризуйте основні стратегії лікування ПВ
8. Наведіть основні дієтичні рекомендації при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки

**6. Рекомендована література**

***Основна:***

1. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей». Наказ МОЗ України від 25.08.2023 року №1514.
2. Внутрішні хвороби: Підручник, заснований на принципах доказової медицини 2018/19 / Керівник проекту Александра Кубец, гол. ред. Адріана Яремчук-Кочмарик, Анатолій Свінцицький; пер. з польск. – Краків: Практична медицина, 2018. – 1632 с.
3. Свінцицький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
4. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник/ Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. –2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с

5. Клінічна та лабораторна діагностика: підручник: у 2-х томах/за ред. В.Д. Бабаджана, Л.В. Кузнецової, П.Г. Кравчуна, А.І. Курченко 2-е видання; переробл. і доповн. Київ,-МЕДПРИНТ, 2022. – 752 с.
6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 2 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 778 с.
7. Стандарт медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою». Наказ МОЗ України від 23.08.2023 року №1513.
8. Уніфіковані (для кафедр внутрішньої медицини No1-4) методичні розробки для практичних занять з дисципліни «Внутрішня медицина (в т.ч. клінічна фармакологія, медична генетика, клінічна імунологія та алергологія, професійні хвороби)» українською мовою для студентів 5 курсу медичних факультетів. Київ, 2022. – 449 с.
9. <https://www.dec.gov.ua/mtd/peptychna-vyrazka-shlunka-ta-dvanadczyatypaloyi-kyshky/>
10. <https://www.ueg.eu/education/document/management-of-helicobacter-pylori-infection-the-maastricht-v-florence-consensus-report/148511/>

***Додаткова:***

1. Davidson's Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p
2. Внутрішня медицина = Internal medicine: Part 2: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A. Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 360 p.

3. Harrison's Principles of Internal Medicine. Vol. 1 / 21th Edition, Editors: Loscalzo Fauci, Kasper Hauzer, Longo Jameson et al. // Mc Graw Hill, 2022, 5156 p.
4. Клінічний огляд за Маклаудом: 15-е видання / Анна Р. Довер, Дж. Аластер Іннес, Карен Фейргерст. К.: ВСВ «Медицина», 2024. – 470 с
5. Практикум із внутрішньої медицини: Терапія: навчальний посібник / О.С. Стасишин, Р.В. Задорожний, В.О. Сінюгіна та ін. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2021.- 136 с
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 2. Diseases of the Digestive System, Kidney, Rheumatic and Hematological Diseases: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. – Medicine, 2020. – 464 p.