

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДОРΟΣЛИХ І ДІТЕЙ

2023

[illegible]

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей» за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створено згідно Методики, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28 вересня 2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій. Ознайомитися з текстом клінічної настанови «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з пептичною виразкою (ПВ). Основними завданнями при розробці протоколу було забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтів з ПВ, створення єдиних принципів щодо здійснення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладу охорони здоров'я (ЗОЗ).

Робочу групу з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за темою «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей», до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей, створено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (зі змінами).

Перелік скорочень, що використовуються в УКПМД

<i>H. pylori</i>	-	<i>Helicobacter pylori</i>
H ₂ RAs	-	Блокатори H ₂ -рецепторів гістаміну
ЕГДС	-	Езофагогастродуоденоскопія
ІПП	-	Інгібітор протонної помпи
КН	-	Клінічна настанова
ЛКПМД	-	Локальний клінічний протокол медичної допомоги
НПЗЗ	-	Нестероїдний протизапальний засіб
СО	-	Слизова оболонка
УЗД	-	Ультразвукове дослідження
УКПМД	-	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЦОГ-2	-	Циклооксигеназа-2
ШКТ	-	Шлунково-кишковий тракт
ШОЕ	-	Швидкість осідання еритроцитів
Форма № 025/о	-	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: виразка шлунка, виразка дванадцятипалої кишки.

1.2. Коды стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: K25 Виразка шлунка; K26 Виразка дванадцятипалої кишки

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

1.4. Мета протоколу: визначення комплексу заходів з профілактики, своєчасного виявлення, діагностики та лікування пептичної виразки шлунка/дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей.

1.5. Дата складання (оновлення) протоколу: 2023 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу: 2028 рік.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Харченко Наталія В'ячеславівна	завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Дорофєєв Андрій Едуардович	завідувач кафедри терапії і геріатрії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Абатуров Олександр Євгенович	завідувач кафедри педіатрії №1 та медичної генетики, Дніпровського державного медичного університету;
Коруля Ірина Анатоліївна	доцент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Крючко Тетяна Олександрівна	завідувач кафедри педіатрії № 2 Полтавського державного медичного університету;
Нікішаєв Володимир Іванович	завідувач відділення ендоскопічної діагностики та малоінвазивної хірургії комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» (за згодою);
Поліщук Сергій Петрович	асистент кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

Ткач Сергій Михайлович	головний науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин Міністерства охорони здоров'я України;
Харченко Вячеслав Вікторович	професор кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Ткаченко Вікторія Іванівна	професор кафедри сімейної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика;
Шадрін Олег Геннадійович	проф. завідувач відділенням проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку, ДУ «ПАГ ім. акад.О.М.Лук'янової НАМН України» (за згодою);

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Рецензенти

Соловійова Галина Анатоліївна	завідувач кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор;
Леженко Геннадій Олександрович	завідувач кафедри госпітальної педіатрії Запорізького державного медико фармацевтичного університету, д.мед.н., професор.

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 склала 127,3 осіб на 100 тис. населення (абсолютні значення – 58293,0), поширеність – 2299,4 на 100 тис. населення (абсолютне значення – 1052741,0) та мала тенденцію до зниження. Відсутні дані щодо поширеності захворювання в Україні на момент розробки цього УКПМД.

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 розповсюджується у м'язову пластинку слизової оболонки. Пептична виразка може призвести до розвитку ряду ускладнень, в тому числі ургентних, наприклад гострих шлунково-кишкових кровотеч або перфорацій.

Лікарі загальної практики–сімейні лікарі, терапевти, педіатри та гастроентерологи 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. Первинна медична допомога

Профілактика

Положення протоколу

Уникнення факторів, які провокують виникнення пептичної виразки: паління, надмірне вживання алкоголю, неконтрольоване вживання нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ).

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

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 НПЗЗ (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 імунокомпromентованих пацієнтів.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, пов'язаних зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідність дотримуватись санітарно-гігієнічних норм на основі інформації, наведеною у додатку до цього УКПМД.

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

Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній області відповідно до пункту 4.1 розділу IV цього УКПМД.

Обґрунтування

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

Для діагностики інфекції *H. pylori* перш за все підходять прямі методи, які виявляють бактерію (гістологія, мікробіологічний метод розведення), репрезентативний антиген (антиген-тест випорожнення) або специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при ¹³C-дихальному тесті із сечовиною).

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

Необхідні дії

Обов'язкові:

При зборі анамнезу необхідно оцінити: наявність типових симптомів пептичної виразки; наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки відповідно до пункту 4.1 розділу IV цього УКПМД; 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) відповідно до пункту 4.1 розділу IV цього УКПМД.

Лабораторні методи обстеження включають: загальний аналіз крові – за показаннями; аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу); направлення на діагностику інфекції *H. pylori*.

Пацієнт має бути направлений для проведення інструментальних досліджень: ЕГДС; при неможливості проведення ЕГДС - рентгеноскопія

шлунка.

Пацієнт має бути направлений на консультацію до:

гастроентеролога – при пептичній виразці шлунка, при рецидивуючому та ускладненому перебігу пептичної виразки, невдалій ерадикації інфекції *H. pylori*;

хірурга – за наявності ознак ускладнень пептичної виразки (шлунково-кишкової кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації);

онколога – при виявленні ознак злоякісної виразки шлунка.

Лікування

Положення протоколу

Метод лікування, спосіб прийому та дозування лікарських засобів, включаючи 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 з краю виразкового дефекту, що свідчать про доброякісний характер виразки.

За необхідності призначається симптоматичне лікування.

Обґрунтування

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

На початковому етапі лікування інфекції *H. pylori* призначають одну із схем антихелікобактерної терапії першої лінії, наведеної у пункті 4.2 розділу IV цього УКПМД. 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. Сама по собі ерадикаційна терапія недостатня для профілактики рецидивів гострих шлунково-кишкових кровотеч.

Якщо починається лікування із застосуванням НПЗЗ, паралельно повинен здійснюватися прийом інгібітору протонної помпи (ІПП), якщо наявний хоча б один фактор ризику розвитку пептичної виразки.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Призначити режим харчування, праці та відпочинку, відмову від вживання алкоголю та тютюну на основі інформації, наведеної у додатку до цього УКПМД,

Призначити медикаментозну терапію відповідно до пункту 4.2 розділу IV цього УКПМД:

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.

При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці, асоційованій з прийомом

НПЗЗ, та за відсутності ускладнень після проведення антихелікобактерної терапії призначається ППП в стандартній дозі або антагоністи H_2 -рецепторів в подвійній дозі впродовж 14-28 днів в залежності від локалізації пептичної виразки; додатково можуть бути призначені сукральфат, вісмуту субцитрат.

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

Бажані:

Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнти з неускладненою пептичною виразкою дванадцятипалої кишки після успішної ерадикації інфекції *H. pylori* не потребують подальшого спостереження.

Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та пацієнти з виразкою шлунка перебувають на обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з Планом спостереження, наведеним у пункті 3.2 розділу III цього УКПМД.

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 ППП-терапії і достовірним контролем ефективності ерадикації повинно пройти мінімум 2 тижні.

У пацієнтів з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка повинна бути проведена контрольна ендоскопія. В таких випадках терапевтичний контроль поєднує уреазний тест і гістологічне дослідження біопсії 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 інгібітору циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) є альтернативним підходом до комбінування ППП і НПЗЗ.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 25/о)

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

Направити на ЕГДС для контролю за загоєнням виразки шлунка через 6 місяців після закінчення ерадикаційної терапії.

Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну на основі інформації, наведеною у додатку до цього УКПМД.

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

Бажані:

Проводити 1 раз на рік профілактичний огляд пацієнта після закінчення ерадикаційної терапії, що включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і при необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога.

При необхідності тривалого прийому НПЗЗ препаратами вибору є селективні інгібітори ЦОГ-2

3.2. Спеціалізована медична допомога

Профілактика

Положення протоколу

Уникнення факторів, які провокують виникнення пептичної виразки: паління, надмірне вживання алкоголю, неконтрольоване вживання НПЗЗ.

Виявлення осіб з чинниками ризику (пацієнти, які контактують з особами, інфікованими *H. pylori*; пацієнти, яким планується тривалий прийом НПЗЗ 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 НПЗЗ (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

Обов'язкові:

Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідність дотримуватись санітарно-гігієнічних норм.

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

Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення/підтвердження наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній області відповідно до пункту 4.1 розділу IV цього УКПМД.

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 (гістологія, мікробіологічний метод розведення), репрезентативний антиген (антиген-тест випорожнення) або специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при дихальному тесті на сечовину). Існують дані, що чутливість цих методів аналізу складає більш 90%, тому вони рекомендовані для визначення інфекції *H. pylori*.

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

Необхідні дії

Обов'язкові:

При зборі анамнезу необхідно оцінити: наявність типових симптомів пептичної виразки; наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки відповідно до пункту 4.1 розділу IV цього УКПМД; 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) відповідно до пункту 4.1 розділу IV цього УКПМД.

Лабораторні методи обстеження включають:

Загальний аналіз крові – за показаннями.

Біохімічний аналіз крові – за показаннями.

Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).

Визначення інфекції *H. pylori* за допомогою одного зі скринінгових методів: фекальний антигенний тест (проводиться після припинення прийому ППП мінімум за 2 тижні, антибіотиків – за 4 тижні до проведення тесту); серологічне дослідження; ¹³C-сечовинний дихальний тест (проводиться після припинення прийому ППП мінімум за 2 тижні, антибіотиків – за 4 тижні до проведення тесту).

Інструментальні методи дослідження передбачають:

ЕГДС, яка проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу – при дуоденальних виразках – одноразово, при виразках шлунка проводиться повторно через 4-8 тижнів для контролю за загоєнням виразки з

обов'язковим взяттям біопсії.

Біопсію слизової оболонки (СО) шлунка для проведення експрес-діагностики *H. pylori* в ендоскопічному кабінеті (швидкий уреазний тест) та подальшим морфологічним дослідженням біоптату.

Рентгеноскопію шлунка (при неможливості проведення ЕГДС, при підозрі на інфільтративний процес у шлунку).

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

Пацієнт має бути направлений на консультацію до хірурга (за наявності ознак ускладненого перебігу - внутрішньої кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації); онколога (за наявності ознак неопластичного процесу в шлунку).

Бажані:

За наявності інфікування *H. pylori* перед призначенням ерадикаційної терапії провести визначення чутливості *H. pylori* до антибіотиків.

Лікування

Положення протоколу

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

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

Лікування здійснюється амбулаторно, за винятком випадків ускладненого перебігу пептичної виразки та необхідності хірургічного лікування.

Госпіталізація пацієнтів з пептичною виразкою 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 синдромах, що погано піддаються лікуванню в амбулаторних умовах; ускладненому перебігу виразки (функціональний стеноз воротаря, пенетрація виразки, підвищений ризик розвитку кровотечі); неефективній ерадикації інфекції *H. pylori* після двох курсів терапії; антихелікобактерній терапії при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій.

Обґрунтування

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

В Україні рівень кларитроміцин-резистентності *H. pylori* точно не відомий, хоча прогнозується як високий. Тому при призначенні першої лінії ерадикаційної терапії у разі відсутності індивідуальних результатів на чутливість *H. pylori* до антибіотиків перевагу слід віддавати квадротерапії з

препаратом вісмуту протягом 10-14 днів. Ерадикаційна терапія першої лінії може бути проведена дітям, інфікованим *H. pylori* із встановленим діагнозом та/або за наявності клінічних ознак, які є показанням для проведення лікування, після досягнення ними п'ятирічного віку.

Якщо на початковому етапі вдається визначити індивідуальні результати на чутливість *H. pylori* до антибіотиків, то проводять емпіричну 14-денну «потрійну терапію» в залежності від отриманих результатів або інші схеми 1-ї лінії 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. Сама по собі ерадикаційна терапія недостатня для профілактики рецидивів гострих шлунково-кишкових кровотеч. Якщо починається лікування із застосуванням НПЗЗ, паралельно повинен здійснюватися прийом ППІ, якщо наявний хоча б один фактор ризику розвитку пептичної виразки.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надати загальні рекомендації щодо режиму харчування, праці та відпочинку, відмови від вживання алкоголю та тютюну на основі інформації, наведеною у додатку до цього УКПМД.

Призначити медикаментозну терапію однією зі схем, наведених у пункті 4.2 розділу IV цього УКПМД:

При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці пацієнтам, які раніше не лікувалися від інфекції *H. pylori*, призначити ерадикаційну антихелікобактерну терапію однією зі схем першої лінії.

При неефективності антихелікобактерної терапії однією зі схем першої лінії, непереносимості або резистентності до кларитроміцину призначити терапію другої лінії.

При відсутності ерадикації інфекції *H. pylori* схемою 2-ї лінії призначити терапію «порятунку» - схеми 3-ї або 4-ї лінії.

При призначенні ерадикаційної антихелікобактерної терапії дітям перевага надається потрійним схемам, які включають ППІ та два антибактеріальних лікарських засоби.

При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці, асоційованої з прийомом НПЗЗ, та за відсутності ускладнень після проведення антихелікобактерної терапії призначається ППІ в стандартній дозі або антагоністи H_2 -рецепторів в подвійній дозі впродовж 14-28 днів в залежності від локалізації пептичної виразки; додатково можуть бути призначені сукральфат, вісмуту субцитрат.

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

Бажані:

Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

Подальше спостереження

Положення протоколу

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

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

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 вимагає 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 ПП-терапії і достовірним контролем ефективності ерадикації повинно пройти мінімум 2 тижні.

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

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

З метою попередження гастродуоденальних ускладнень прийом селективного інгібітору ЦОГ-2 є альтернативним підходом до комбінування ПП і НПЗЗ.

Необхідні дії

Обов'язкові:

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

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

Провести ЕГДС для контролю за загоєнням виразки шлунка з обов'язковим взяттям біопсії. За наявності атрофії слизової оболонки шлунка повторні ЕГДС з біопсією для моніторингу можливої появи передракових змін 1 раз в 2-3 роки.

Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну.

Надавати роз'яснення щодо необхідності суворого дотримання правил прийому НПЗЗ для пацієнтів, яким вони призначені (після прийому їжі, у

зазначених лікарем дозах), запобігання безконтрольному вживанню НПЗЗ.

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

Бажані:

При необхідності тривалого прийому НПЗЗ препаратами вибору є селективні інгібітори ЦОГ-2.

План спостереження пацієнтів з пептичною виразкою

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

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

Інші обстеження виконуються згідно зі скаргами та даними фізикального обстеження.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Діагностика та диференційна діагностика ПВ

Критерії діагностики пептичної виразки:

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

Для встановлення діагнозу пептичної виразки враховуються наступні типові клінічні ознаки:

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.

Симптоми, що вказують на можливість ускладнень пептичної виразки:

- гематемезис – блювота у вигляді «кавової гущини»;
- дьогтьоподібні випорожнення чорного кольору;
- виникнення гострого «кинджального» болю в епігастральній ділянці, що супроводжується розвитком колаптоїдного стану;
- поява стійкого болю, що втратив попередній зв'язок з прийомом їжі, супроводжується підвищенням температури тіла, підвищенням ШОЕ.

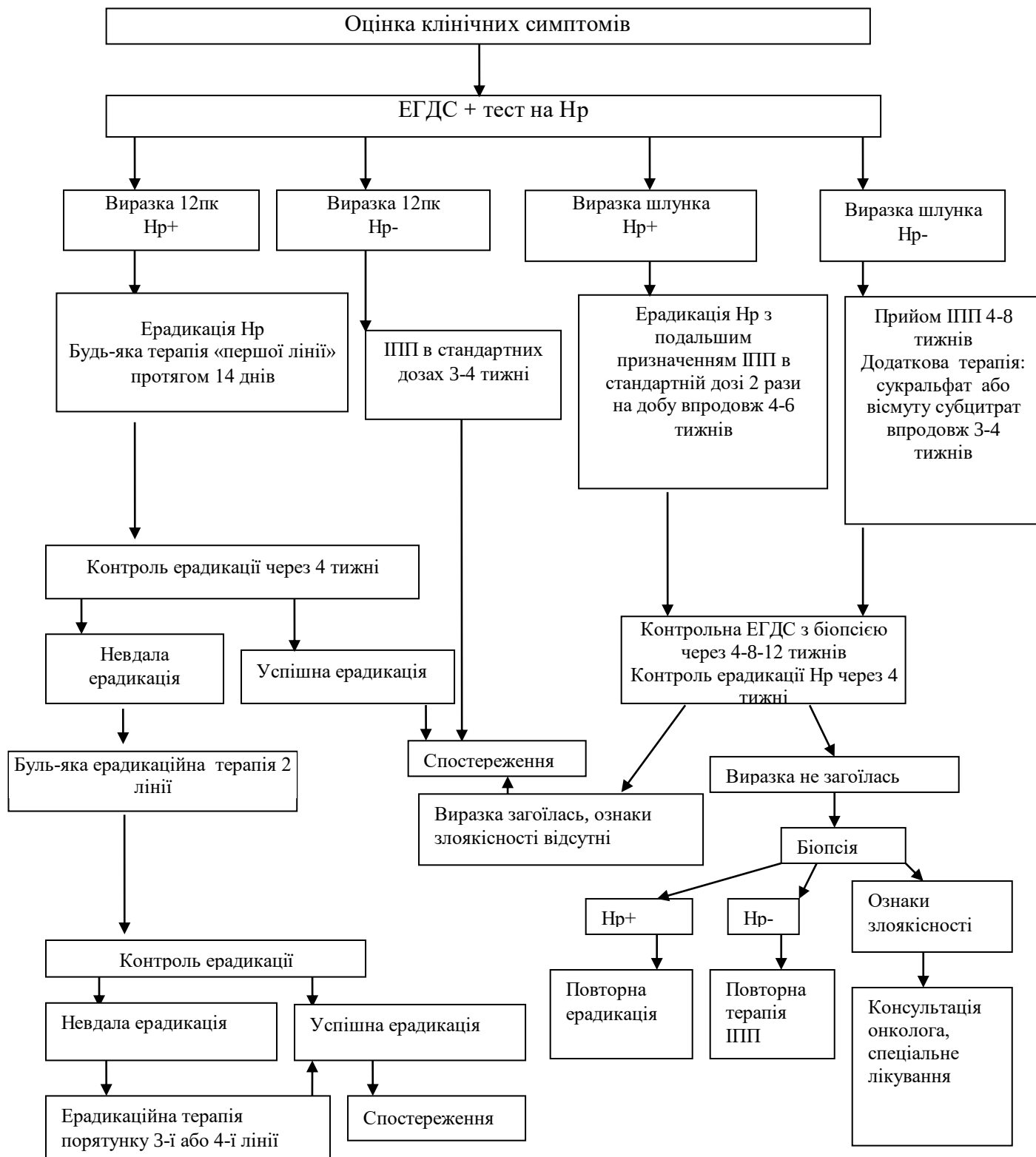
Диференційна діагностика ПВ

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 міст 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 гіперпаратіреоз 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. Підтверджують діагноз провокаційні проби з глюкагоном, УЗД та комп'ютерна томографія підшлункової залози

Алгоритм діагностики та лікування пептичної виразки



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	ППП 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	ППП 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	ППП 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	ППП у стандартній дозі 4 рази на день або в подвоєній дозі 2, 3 або 4 рази на день + амоксицилін у дозі ≥ 2 г/добу, наприклад, 750 мг 4 рази на день або 1000 мг 3 рази на день	14
5	Левовфлоксацинвмісна потрійна терапія	ППП 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	ППП 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 або: ППП 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	ППП 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	ППП 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	ППП 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 PPP (подвійні дози 2 рази на день) підвищують ефективність ерадикаційної терапії (пункти 1-3)

Ерадикаційна терапія першої лінії може бути проведена дітям, інфікованим *H. pylori*, із встановленим діагнозом ПВ та/або за наявності клінічних ознак, які є показанням для проведення лікування, після досягнення ними п'ятирічного віку. Перевага надається потрійним схемам, які включають PPP та два антибіотики

Лікарські засоби, які застосовуються при проведенні ерадикаційної терапії у дітей

Лікарський засіб	Добова доза	Максимальна добова доза (мг)
ППП		
Лансопразол	1,5 мг/кг	60
Омепразол	1.0 мг/кг	40
Рабепразол	0,5 мг/кг	20
Езомепразол	Діти із масою тіла < 30 кг - 20 мг Діти із масою тіла ≥ 30 кг - 40 мг	40
Антибіотики		
Амоксицилін	50 мг/кг	1500
Кларитроміцин	15–20 мг/кг	800
Метронідазол	10–20 мг/кг	500
Препарати вісмуту		
Колоїдний субцитрат вісмуту	4-8 р. - 8 мг/ кг / добу	160
	8-12 р. - 120 мг 2 р. на добу	240
	12-18 р. - 240 мг 2 р. на добу	480

Особливості фармакотерапії при ПВ:

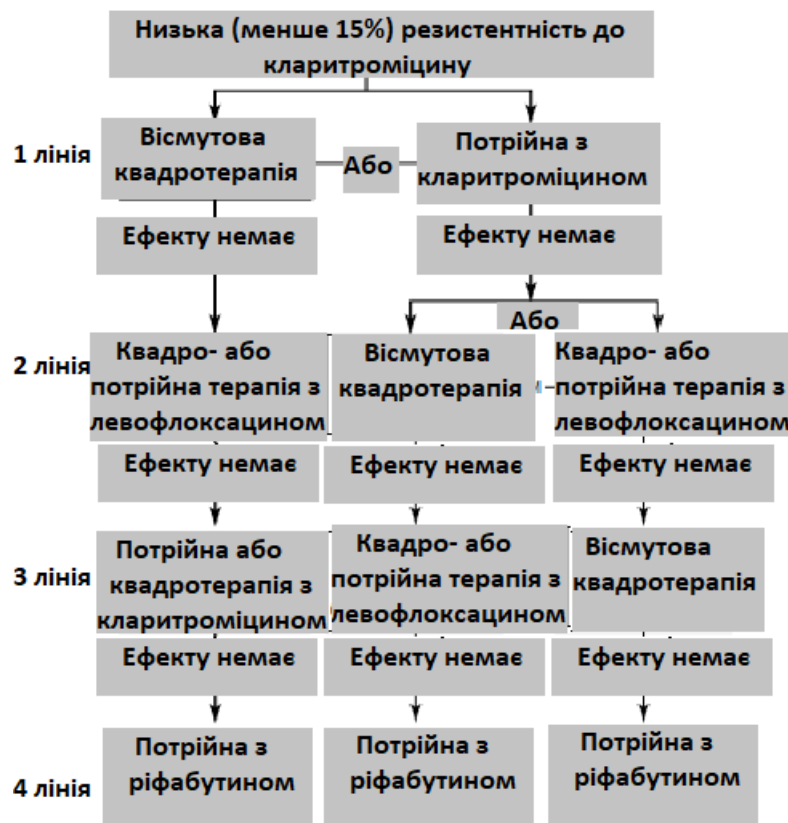
Доцільне призначення пробіотиків в період антихелікобактерної терапії впродовж 14 днів, оскільки вони підвищують ефективність ерадикації та запобігають розвитку дисбіотичних порушень кишечника.

Після проведення ерадикаційної терапії ПВ, асоційованої з прийомом НПЗЗ, необхідне призначення PPP в стандартній дозі або антагоністів H₂-рецепторів у подвійній дозі; додатково можуть бути призначені сукральфат або вісмуту субцитрат. Тривалість лікування – 14-28 днів залежно від локалізації виразки.

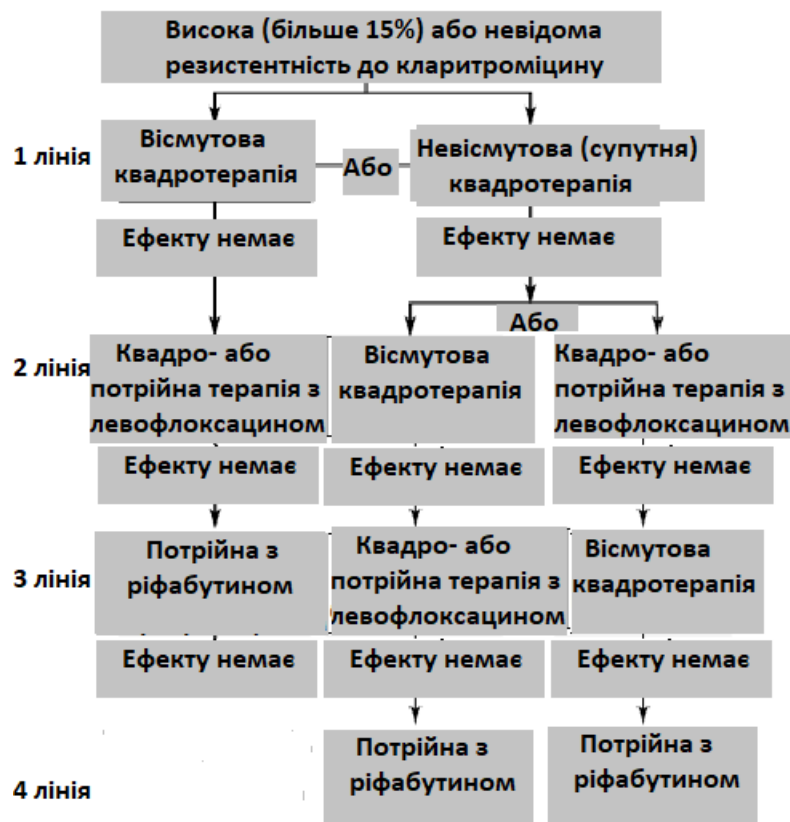
При неускладненій ПВ дванадцятипалої кишки подальше призначення PPP не потрібне.

До отримання результатів біопсії для полегшення симптомів пептичної виразки за необхідності можуть бути призначені антагоністи H₂-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**



V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження даного Уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні внутрішніх документів ЗОЗ необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до внутрішніх документів ЗОЗ, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою: <http://www.drlz.com.ua/ibp/>

5.1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики - сімейний лікар, медичні сестри.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Інгібітори протонної помпи.
2. Антагоністи H₂-рецепторів гістаміну.
3. Антибактеріальні засоби: амоксицилін, кларитроміцин, левофлоксацин, метронідазол, рифабутин, тетрациклін, тинідазол.
4. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат, сукральфат.
5. Антациди та альгінати.
6. Спазмолітики.

5.2. Спеціалізована медична допомога

Кадрові ресурси: гастроентеролог, лаборант, лікар з ультразвукової діагностики, радіолог, ендоскопіст; за необхідності – хірург, онколог, ендокринолог, дієтолог; медичні сестри.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Інгібітори протонної помпи.
2. Антагоністи H₂-рецепторів гістаміну.
3. Антибактеріальні засоби: амоксицилін, кларитроміцин, левофлоксацин, метронідазол, рифабутин, тетрациклін, тинідазол.
4. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат, сукральфат.
5. Антациди та альгінати.
6. Спазмолітики.

VI. Індикатори якості медичної допомоги

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (КМП) з ПВ.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря КМП з ПВ

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей».

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%

2024 рік та подальший період – 100%

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями ЗОЗ, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ/КМП з ПВ.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки», 2023 рік.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 листопада 1997 року № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2023 року № 1102 «Про затвердження п'ятнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**

Тетяна ОРАБІНА

Додаток
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної та спеціалізованої медичної
допомоги «Пептична виразка шлунка та
дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей»
(пункт 3.1 розділу III)

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, в тому числі дітей. Захворювання в рівній мірі уражує осіб обох статей. Хоча фактори способу життя, такі як харчування, паління, 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 засоби (НПЗЗ), аспірин, при тривалому застосуванні можуть сприяти 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 пустий шлунок, прийом їжі може допомогти зменшити біль. До менш розповсюджених симптомів пептичної виразки відносяться: порушення травлення та печія, блювання і втрата апетиту. При наявності цих симптомів Вам слід обов'язково звернутися до Вашого лікаря. Хоча деякі безрецептурні лікарські засоби можуть на деякий час полегшити симптоми пептичної виразки, але вони не усувають саме захворювання.

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

- блювота з домішками крові яскраво-червоного або більш темного кольору, має зернисту консистенцію, подібну до кавових гранул;
- випорожнення (кал) - дуже темного кольору або дьогтьоподібний;
- раптовий різкий біль в області 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, чи викликана пептична виразка інфекцією *H. pylori*, чи застосуванням НПЗЗ, чи в деяких випадках поєднанням інфекції *H. pylori* і застосуванням НПЗЗ.

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

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись 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.
- Приймаючи їжу слід не кваплячись, ретельно пережовувати їжу.
- Слід відмовитись 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 блюда можна запікати, але без скоринки.
- Приймати їжу слід 4-5 разів на день в одні і ті ж 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.

Закуси – сир негострий, шинка нежирна і несолена, салат з відварних овочів, м'яса і риби, варена ковбаса (докторська, молочна і дієтична).

Молоко та молочні продукти – молоко незбиране, вершки, свіжа сметана, свіжий протертий сир.

Жири – масло вершкове несолоне, рафіновані рослинні олії.

Яйця – зварені на м'яко, не більше 2 штук на тиждень, омлет паровий.

Супи – супи протерті, суп-пюре з варених овочів (крім капусти) на відварі з круп і дозволених овочів, молочний суп з дрібною вермішеллю.

Овочі – картопля, морква, буряк, цвітна капуста, ранні гарбуз і кабачки, обмежено – зелений горошок, дрібно шинкований 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, солодощі – солодкі сорти фруктів, ягід у вигляді компотів, киселів, мусів, желе, в запеченому вигляді, варення, зефір, пастила.

Соки – у сирому вигляді з дозволених овочів, солодких ягід і фруктів, відвар із плодів шипшини.

ВИКЛЮЧАЮТЬСЯ:

М'ясні 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, білокачанна капуста, ріпа, редька, щавель, шпинат, цибуля, огірки, гриби, всі консервовані овочі з додаванням оцту.

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

Солодощі – морозиво шоколад.

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