

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
03.09.2014 № 613

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ
У ДОРΟΣЛИХ**

Вступ

Даний уніфікований клінічний протокол розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки», в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам з пептичною виразкою. Положення уніфікованого клінічного протоколу спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги, побудованої на доказах, пацієнтам із пептичною виразкою і охоплюють всі етапи. Заходи з профілактики, своєчасного виявлення даного захворювання та адекватного лікування дозволять суттєво поліпшити якість та зменшити витрати на медичну допомогу.

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

H. pylori	-	Helicobacter pylori
H ₂ RAs	-	Блокатори H ₂ -рецепторів гістаміну
ЕГДС	-	Езофагогастродуоденоскопія
ІПП	-	Інгібітор протонної помпи
КН	-	Клінічна настанова
ЛКПМД	-	Локальний клінічний протокол медичної допомоги
НППЗ	-	Нестероїдний протизапальний та протиревматичний 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

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: виразка шлунка, виразка дванадцятипалої кишки.

1.2. Шифр згідно МКХ-10: K25, K26.

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

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

1.5. Дата складання протоколу: травень 2014 року.

1.6. Дата перегляду протоколу: травень 2017 року.

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

Хобзей Микола Кузьмич	Директор Департаменту медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України (голова робочої групи)
Харченко Наталія В'ячеславівна	Завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Гастроентерологія» (заступник голови робочої групи з клінічних питань)
Ліщишина Олена Михайлівна	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (заступник голови робочої групи з методологічного супроводу)
Острополець Наталія Андріївна	Начальник відділу високоспеціалізованої медичної допомоги управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Бабак Олег Якович	Завідувач відділу Державної установи «Інституту терапії імені Л.Т.Малої Національної академії медичних наук України», професор, доктор медичних наук, Віце-президент Української гастроентерологічної асоціації
Степанов Юрій Миронович	Директор Державної установи «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України», Віце-президент Української гастроентерологічної асоціації, професор, доктор медичних наук
Матюха Лариса Федорівна	Завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»
Ткач Сергій Михайлович	Професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, професор, доктор медичних наук
Захараш Михайло Петрович	Завідувач кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст

Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності
«Проктологія»

Дорофєєв Андрій Едуардович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2 Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, професор, доктор медичних наук
Копчак Володимир Михайлович	Завідувач відділу хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України, професор, доктор медичних наук
Звягінцева Тетяна Дмитрівна	Завідувач кафедри гастроентерології Харківської медичної академії післядипломної освіти, професор, доктор медичних наук
Скрипнік Ігор Миколайович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», професор, доктор медичних наук
Фомін Петро Дмитрович	Завідувач кафедри хірургії № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Хірургія»
Свінціцький Анатолій Станіславович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, професор, доктор медичних наук
Нікішаєв Володимир Іванович	Завідувач відділення ендоскопічної діагностики та малоінвазивної хірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, доктор медичних наук
Корендович Володимир Степанович	Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Гастроентерологія» Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації, завідувач гастроентерологічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Горбачевського
Дроговоз Світлана Мефодіївна	Завідувач кафедри фармакології Харківського національного фармацевтичного університету, професор, доктор медичних наук

Червак Ігор Миколайович	Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Гастроентерологія» Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації, завідувач гастроентерологічного відділення Київської міської клінічної лікарні № 8
Кушнір Інна Ернестівна	Старший науковий співробітник відділу захворювань печінки та шлунково-кишкового тракту Державної установи «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України України», кандидат медичних наук
Коруля Ірина Анатоліївна	Доцент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук
Філіппова Олександра Юріївна	Доцент кафедри госпітальної терапії № 1 та профпатології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія», кандидат медичних наук
Лопух Ігор Ярославович	Доцент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика імені П.Л.Шупика, кандидат медичних наук

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євген Леонідович	Начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна Олена Олександрівна	Начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Адреса для листування:

Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», 03151, м.Київ, вул.Ушинського, 40. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів за посиланням: <http://www.dec.gov.ua/mtd/vybirtemy.html>

Рецензенти

Стаднюк Леонид Антонович Завідувач кафедри терапії і геріатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика професор, доктор медичних наук

Фадєєнко Галина Дмитрівна Директор Державної установи «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України», доктор медичних наук, 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). Порівняно з 2009 роком захворюваність і поширеність пептичної виразки дещо знизилась.

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

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

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

1. Профілактика

Положення протоколу

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

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

Обґрунтування

Доведено, що основним фактором розвитку пептичних виразок є інфекція *H. pylori* (приблизно 80% випадків виразки шлунка та приблизно 95% випадків виразки дванадцятипалої кишки), а також використання НППЗ (приблизно 20% випадків виразки шлунка та приблизно 5% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Своєчасне лікування інфекції *H. pylori* в поєднанні

з корекцією способу життя є складовою лікування і профілактики подальшого розвитку пептичної виразки та злоякісних новоутворень шлунка. Крім того, причинами розвитку гастродуоденальної виразки можуть бути прийом інгібіторів агрегації тромбоцитів, васкуліти, вірусні інфекції, нейроендокринні пухлини (гастриноми) та ішемії. Виразка внаслідок цитомегаловірусної інфекції часто спостерігається у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також пацієнтів після трансплантації, проте може виникнути також у імунокомпетентних пацієнтів.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

- 1.1. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, пов'язаних зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідність дотримуватись санітарно-гігієнічних норм (див. Додаток).
- 1.2. Проводити ретельний збір анамнезу життя пацієнтів, з метою виявлення груп ризику розвитку пептичної виразки.

2. Діагностика

Положення протоколу

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

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 дихальному тесті на сечовину).

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

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

- 2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:
 - 2.1.1. Наявність типових симптомів пептичної виразки.
 - 2.1.2. Наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки (див. підрозділ 4.1.1).
 - 2.1.3. Наявність симптомів інших органічних (ГЕРХ, рак шлунка) та функціональних уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (функціональна диспепсія, диспепсія, індукована прийомом лікарських засобів, функціональне блювання тощо) (див. розділ 4.1.2).

2.2. Лабораторні методи обстеження:

2.2.1. Загальний аналіз крові – за показаннями.

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

2.2.3. Направити на діагностику інфекції *H. pylori*.

2.3. Інструментальні методи дослідження:

2.3.1. Направити на ЕГДС.

2.3.2. Направити на рентгеноскопію шлунка (при неможливості проведення ЕГДС).

2.4. Скерувати пацієнта на консультацію до:

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

2.4.2. Хірурга – за наявності ознак ускладнень пептичної виразки: шлунково-кишкової кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації.

2.4.3. Онколога – при виявленні ознак злоякісної виразки шлунка.

3. Лікування

Положення протоколу

Метод лікування, спосіб прийому та дозування лікарських засобів, включаючи 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, тютюнопаління і ступінь пригнічення кислотності.

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

При 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 НППЗ, паралельно повинен здійснюватися прийом інгібітору протонної помпи (ІПП), якщо наявний хоча

б один фактор ризику розвитку пептичної виразки.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

3.1. Призначити режим харчування (див. Додаток), праці та відпочинку, відмову від вживання алкоголю та тютюну.

3.2. Призначити медикаментозну терапію (див. розділ 4.2).

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

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

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

Бажані:

3.3. Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

4. Подальше спостереження

Положення протоколу

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

Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та пацієнти з виразкою шлунка перебувають на диспансерному обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з Планом диспансеризації (див. розділ 3.2).

Обґрунтування

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

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 ІПП-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 циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) є альтернативним підходом до комбінування ІПП і НППЗ.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

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

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

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

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

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

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

4.7. Проводити 1 раз на рік диспансеризацію пацієнта, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і при необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога.

Бажані:

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

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

1. Профілактика

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

нестероїдних протизапальних та протиревматичних засобів (НПІЗ).
Виявлення осіб з чинниками ризику (пацієнти, які контактують з особами, інфікованими *H. pylori*; пацієнти, яким планується тривалий прийом НПІЗ 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 НПІЗ (приблизно 20% випадків виразки шлунка та приблизно 5% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Своєчасне лікування інфекції *H. pylori* в поєднанні з корекцією способу життя є складовою лікування і профілактики подальшого розвитку пептичної виразки та злоякісних новоутворень шлунка. Крім того, причинами розвитку гастродуоденальної виразки можуть бути прийом інгібіторів агрегації тромбоцитів, васкуліти, вірусні інфекції, нейроендокринні пухлини (гастриноми) та ішемії. Виразка внаслідок цитомегаловірусної інфекції часто спостерігається у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також пацієнтів після трансплантації, проте може виникнути також у імунокомпетентних пацієнтів.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

- 1.1. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку пептичної виразки, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідність дотримуватись санітарно-гігієнічних норм (додаток).
- 1.2. Проводити ретельний збір анамнезу життя пацієнтів з метою виявлення груп ризику розвитку пептичної виразки.

2. Діагностика

Положення протоколу

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

Обґрунтування

Доведено, що основними методами діагностики пептичної виразки є проведення ЕГДС та встановлення інфікування *H. pylori*.
Для діагностики інфекції *H. pylori*, перш за все, підходять прямі методи, які виявляють бактерію (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 лікаря

Обов'язкові:

2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:

2.1.1. Наявність типових симптомів пептичної виразки.

2.1.2. Наявність симптомів, що вказують на можливість розвитку ускладнень пептичної виразки (див. підрозділ 4.1.1).

2.1.3. Наявність симптомів інших органічних (ГЕРХ, рак шлунка) та функціональних уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (функціональна диспепсія, диспепсія, індукована прийомом лікарських засобів, функціональне блювання тощо) (див. підрозділ 4.1.2).

2.2. Лабораторні методи обстеження:

2.2.1. Загальний аналіз крові – за показаннями.

2.2.2. Біохімічний аналіз крові – за показаннями.

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

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

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

– серологічне дослідження;

– ¹³C-сечовинний дихальний тест (проводиться після припинення прийому ІППІ мінімум за 2 тижні, антибіотиків – за 4 тижні до проведення тесту).

2.3. Інструментальні методи дослідження:

2.3.1. ЕГДС проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу – при дуоденальних виразках – одноразово, при виразках шлунка проводиться повторно для контролю за загоєнням виразки з обов'язковим взяттям біопсії.

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

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

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

2.4. Скерувати пацієнта на консультацію до:

2.4.1. Хірурга (за наявності ознак ускладненого перебігу-внутрішньої кровотечі, стенозу воротаря, пенетрації, перфорації).

2.4.2. Онколога (за наявності ознак неопластичного процесу в шлунку).

3. Лікування

Положення протоколу

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

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

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

Обґрунтування

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

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

Якщо починається лікування із застосуванням НППЗ, паралельно повинен здійснюватися прийом ІПП, якщо наявний хоча б один фактор ризику розвитку пептичної виразки.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

3.1. Надати загальні рекомендації щодо режиму харчування (додаток), праці та відпочинку, відмови від вживання алкоголю та тютюну.

3.2. Призначити медикаментозну терапію (див. розділ 4.2):

3.2.1. При *H. pylori*-позитивній пептичній виразці пацієнтам, які раніше не лікувалися від інфекції *H. pylori*, призначити ерадикаційну антихелікобактерну терапію однією зі схем першої лінії: стандартна трикомпонентна терапія або послідовна терапія.

3.2.2. При неефективності трикомпонентної або послідовної терапії, непереносимості або резистентності до кларитроміцину призначити терапію другої лінії (квадротерапію).

3.2.3. При відсутності ерадикації інфекції *H. pylori* призначити терапію «порятунку».

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

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

Бажані:

3.3. Призначити пробіотик під час проведення антихелікобактерної терапії.

4. Госпіталізація

Положення протоколу

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

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

Госпіталізація здійснюється при:

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

Необхідні дії лікаря

При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація:

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

5. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

Положення протоколу

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

Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та всі пацієнти з виразкою шлунка перебувають на диспансерному

обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з Планом диспансеризації.

Обґрунтування

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

Ефект проведеного лікування при пептичній виразці шлунка та/або дванадцятипалої кишки 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 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 ¹³C-дихального тесту на вміст сечовини або моноклонального аналізу випорожнення на антигени.

З метою попередження гастроудоденальних ускладнень прийом селективного інгібітору ЦОГ-2 є альтернативним підходом до комбінування ППП і НППЗ.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

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

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

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

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

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

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

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

Бажані:

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

6. План диспансеризації

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

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

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

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

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

Для встановлення діагнозу пептичної виразки враховуються наступні 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 – ендоскопічно підтверджений виразковий дефект у дванадцятипалій кишці або шлунку (доброякісність шлункової виразки обов'язково повинна бути підтверджена при морфологічному дослідженні множинних біоптатів). Кожна ЕГДС повинна супроводжуватися біопсією. Один біоптат береться з антрального відділу шлунка для проведення швидкого уреазного тесту на наявність інфекції *H. pylori*. Ще 2 біоптати беруться з антрального відділу і тіла шлунка для морфологічного дослідження: гістологічної діагностики інфекції *H. pylori*, атрофії, дисплазії або неоплазії, виключення рідкісних або атипичних причин.

Симптоми, що вказують на можливість ускладнень пептичної виразки:

- гематемезис – 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.

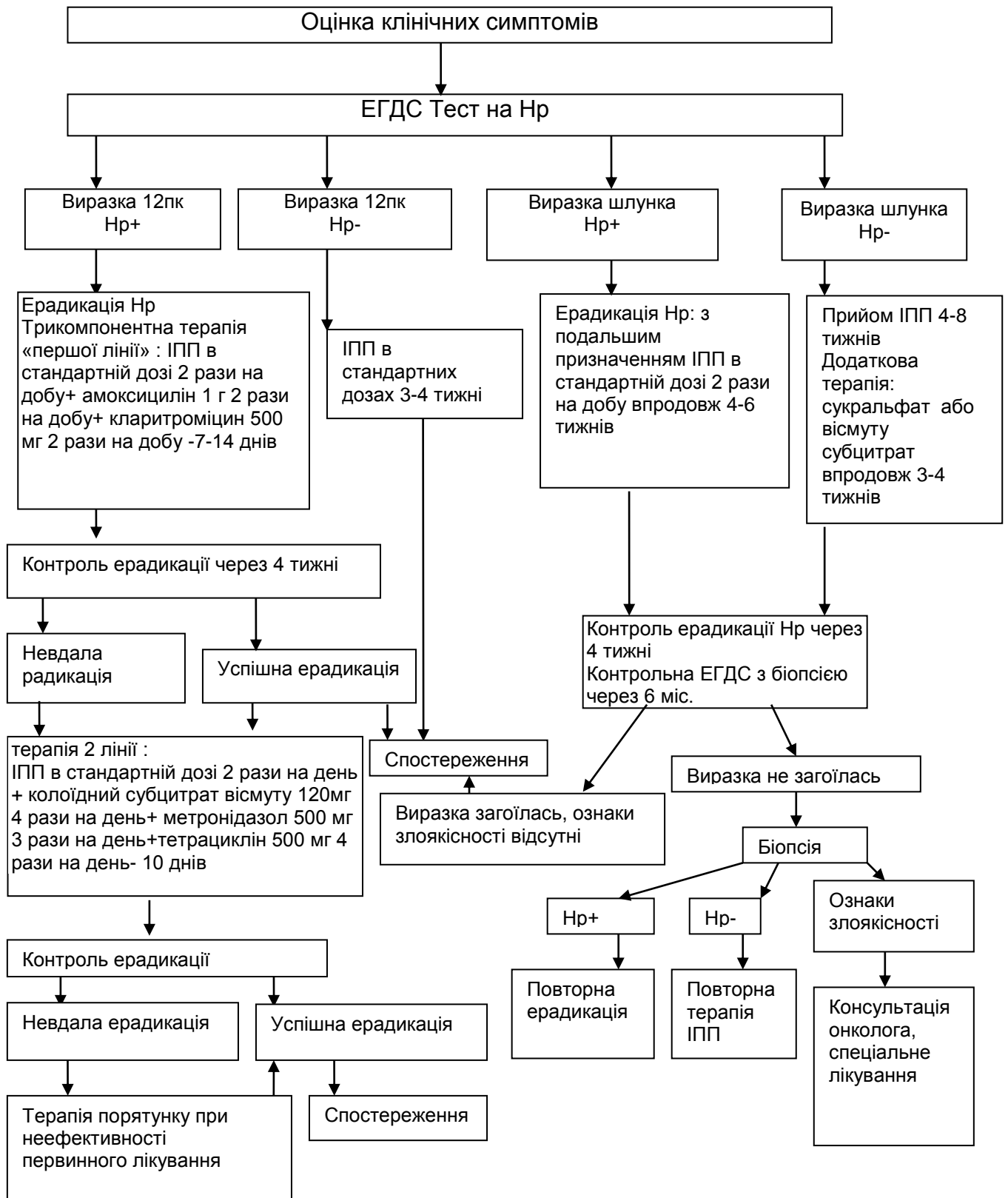
4.1.2. Диференційна діагностика

Диференційна діагностика пептичної виразки 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 пептичні виразки 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. Підтверджують діагноз провокаційні проби з глюкагоном, УЗД та комп'ютерна томографія підшлункової залози

Алгоритм діагностики та лікування пептичної виразки



4.2. Алгоритм лікування

4.2.1. Схеми ерадикаційної антихелікобактерної терапії лікування:

NB! Лікарські засоби необхідно приймати перед їжею.

Трикомпонентна терапія:

ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу впродовж 10-14 днів.

При алергії на пеніцилін:

ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу + метронідазол 500 мг 2 рази на добу впродовж 7-14 днів.

NB! Використання високих доз ІПП останнього покоління (езомепразол 40 мг 2 р/д) призводить до підвищення ефективності трикомпонентної схеми.

Послідовна терапія:

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

Терапія другої лінії (квадротерапія):

(призначається при неефективності трикомпонентної або послідовної терапії, при непереносимості або резистентності до кларитроміцину)

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

Терапія «порятунку»:

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

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

4.2.2. Особливості фармакотерапії при пептичній виразці:

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

Б) Після проведення ерадикаційної терапії пептичної виразки, асоційованої з прийомом НППЗ, необхідне призначення ІПП в стандартній дозі або антагоністів H_2 -рецепторів у подвійній дозі; додатково можуть бути призначені сукральфат або вісмуту субцитрат. Тривалість лікування – 14-28 днів залежно від локалізації виразки.

В) При неускладненій пептичній виразці дванадцятипалої кишки подальше призначення ІПП не потрібне.

Г) До отримання результатів біопсії для полегшення симптомів пептичної виразки за необхідності можуть бути призначені антагоністи H_2 -

рецепторів, антациди, альгірати, спазмолітині засоби.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

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

5.1.1. Кадрові ресурси

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

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол.
2. Антагоністи H₂-рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин.
3. Антибактеріальні засоби: амоксицилін, кларитроміцин, левофлоксацин, метронідазол, рифабутин, тетрациклін, тинідазол.
4. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат, сукральфат.
5. Антациди: алюмінію гідроксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію.
6. Альгірати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат.
7. Спазмолітики: дротаверин, мебеверин, папаверин.

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

5.2.1. Кадрові ресурси

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

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол.
2. Антагоністи H₂-рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин.
3. Антибактеріальні засоби: амоксицилін, кларитроміцин, левофлоксацин, метронідазол, рифабутин, тетрациклін, тинідазол.
4. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат, сукральфат.
5. Антациди: алюмінію гідрооксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію.
6. Альгінати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат.
7. Спазмолітики: дротаверин, мебеверин, папаверин.

VI. Індикатори якості медичної допомоги

В цьому розділі нижченаведені терміни вживаються в такому значенні:

Спеціалізований стаціонар - відділення терапії, спеціалізовані гастроентерологічні відділення багатoproфільних лікарняних закладів (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2002 № 385), багатoproфільні лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 05.10.2011 № 646)

Форма № 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма № 025/о), затверджена наказом МОЗ 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», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

Форма № 027/о - Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о), затверджена наказом МОЗ 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», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

Форма № 030/о - Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма № 030/о), затверджена наказом МОЗ 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», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з пептичною виразкою.

6.1.2. Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) **Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з пептичною виразкою.**

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та 12-палої кишки».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинним УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2015 рік – 90%

2016 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

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

б) Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) 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 всіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з пептичною виразкою (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та 12-палої кишки».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Інформація про рекомендацію лікаря загальної практики - сімейного лікаря щодо необхідності направлення пацієнта до спеціалізованого стаціонару є недостатньою для включення такого пацієнта до чисельника індикатора. Має бути отримане підтвердження факту, що пацієнт дійсно потрапив до спеціалізованого стаціонару та пройшов там лікування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається з метою запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги), структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/о).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), яким було встановлено стан «Пептична виразка», а також тих з них, для яких наведена інформація про лікування пацієнта в

спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) та яким було встановлено стан «Пептична виразка» впродовж звітнього періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), яким було встановлено стан «Пептична виразка» впродовж звітнього періоду, для яких наявні записи про лікування у спеціалізованому стаціонарі.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о);

Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (форма 027/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**В.о. директора Департаменту медичної
допомоги МОЗ України**

А.Герещенко

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

1. Електронний документ «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах», 2014.
2. Наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 «При штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України № 110 від 14.02.2012 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
4. Наказ МОЗ України № 1150 від 27.12.2013 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
5. Наказ МОЗ України № 252 від 08.04.2014 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
6. Наказ МОЗ України № 127 від 02.03.2011 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
7. Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

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

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ

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

Причини розвитку пептичної виразки

Пептичні виразки можуть уражати осіб будь-якого віку, 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 протиревматичні засоби (НПЗ), 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 НППЗ, чи в деяких випадках поєднанням інфекції *H. pylori* і застосуванням НППЗ.

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

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно 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 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.

ДОЗВОЛЯЮТЬСЯ:

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

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

Закуски – сир негострий, шинка нежирна і несолонна, салат з 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 вермішелью.

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, коропа, окунь тощо), готують у вигляді парових котлет, суфле, пюре, зраз, кнелів, відварюють шматком.

Крупи – манна, рис, гречана, вівсяна, каші варять на молоці або воді. Вермішель або макарони дрібно рубані, відварні.

Фрукти, ягоди, солодоші – солодкі сорти фруктів, ягід у вигляді компотів, киселів, мусів, желе, в запеченому вигляді, варення, зефір, пастила.

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

ВИКЛЮЧАЮТЬСЯ:

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

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

Фрукти, ягоди, овочі – сирі не протерті овочі і фрукти, 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.

Солодоші – морозиво шоколад.

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