

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 24 აგვისტოს № 276/რ ბრძანებით

დისკემსიისა და ბასტროფოზაბური რემლუქს-დაავადების მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი

(პროტოკოლი)

**დისკეფსიისა და გასტროენტეროლოგიური
რეფლუქს-დაავადების მართვა პირველად ჯანდაცვაში**

(პროტოკოლი)

1. დაავადების / პრობლემის განმარტება

წინამდებარე გაიდლაინში დისკეფსია და გასტროენტეროლოგიური რეფლუქს-დაავადება (ბერდ) ერთმანეთისაგან გამიჯნულია; კერძოდ, გულძმარვა და მუავას რეგურგიტაცია განიხილება, როგორც მხოლოდ გასტროენტეროლოგიური რეფლუქს-დაავადების სიმპტომი და ის არ მოიაზრება დისკეფსიის განმარტებაში.

დისკეფსია

პროტოკოლში დისკეფსია ვიწრო გაგებით გამოიყენება და განმარტება, როგორც ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთი ან მეტი სიმპტომის არსებობა:

- „პოსტპრანდიული“¹ სისაფის შეგრძნება მუცელში,
- ადვილად დანაყრება,
- ტკივილის ან წვის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში.

გერდ-ი

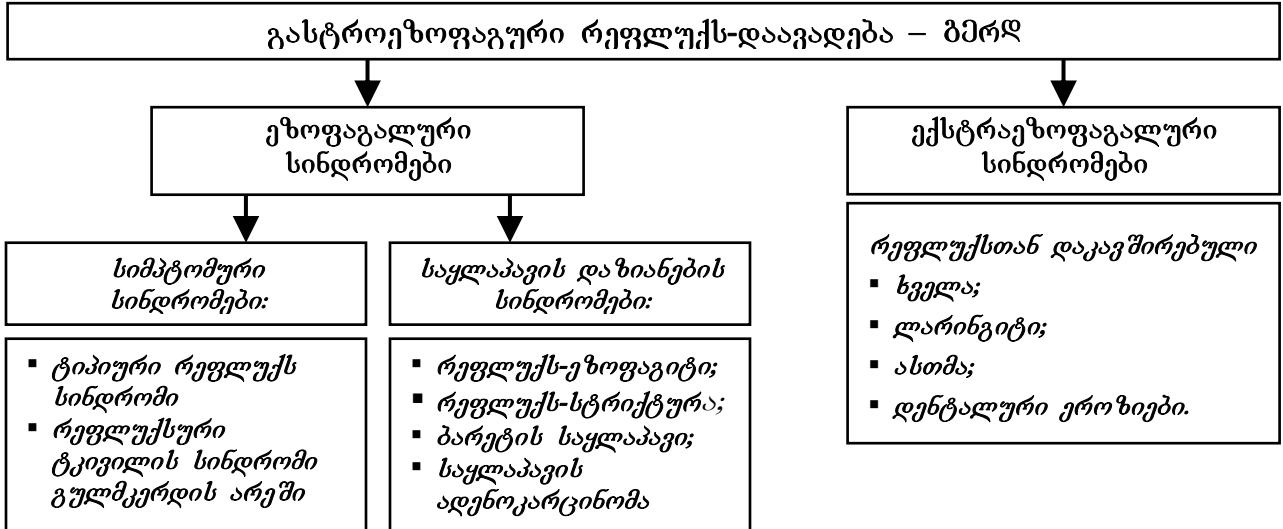
„მდგომარეობა, რომელიც ვითარდება, როცა კუჭის შიგთავსის რეფლუქსი იწვევს შემაწუხებელ სიმპტომებს და/ან გართულებებს“.

სიმპტომები „შემაწუხებელია“, თუ ის უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ადამიანის თვითშეგრძნებაზე.

განასხვავებენ ბერდ-ა სინდრომთა ორ ჯგუფს:

- ა) ენტეროგასტრული სინდრომები, რომლის დროსაც ჭარბობს საყლაპავთან დაკავშირებული სიმპტომები და/ან მორფოლოგიური ცვლილებები;
- ბ) გასტროენტეროგასტრული სინდრომები, რომლის დროსაც დაავადება ვლინდება არა საყლაპავთან ასოცირებული სიმპტომებით, არამედ სხვა ორგანოების დაზიანებითა და მასთან დაკავშირებული ჩივილებით.

¹ „პოსტპრანდიული“ – საკვების მიღების შემდგომი.



პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებები

პროტოკოლში გამოყენებულია შემდეგი შემოკლებები:

-
- ბერ** – გასტროეზოფაგური რეფლუქსი
 - ბერდ** – გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება
 - პტი** – პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი
 - ჰპპ** – „ჰელიკობაქტერ პილორი“ (*Helicobacter Pylori*)
 - ჰჰრი** – ჰისტამინ-2 (H_2) რეცეპტორების ანტაგონისტები
 - ასას** – ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული

2. სიმპტომები და ნიშნები

დისპეფსიის სიმპტომები და დიაგნოზი

დისპეფსიის დიაგნოზი ისმება თუ სახეზეა ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთი ან რამდენიმე სიმპტომი:

- პოსტპრანდიული სისხვის შეგრძნება მუცელში,
- ადვილად დანაყრება,
- ტკივილის ან წვის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში.

დიფერენციული დიაგნოზის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს დისპეფსიის ძირითადი (ხშირი) მიზეზები:

დისპეფსიის ძირითადი მიზეზები და მათი პრევალენსი

დაავადება	სავარაუდო პრევალენსი
ფუნქციური (არაწყლულოვანი) დისპეფსია	60%-მდე
პეპტიური წყლულით განპირობებული დისპეფსია	15-დან 25 %-მდე
რეფლუქს ეზოფაგიტი	5-დან 15 %-მდე
კუჭის ან საყლაპავის კიბო	<2%-ზე

საყურადღებოა, რომ დისპეფსიის სიმპტომების შეფასება არ გვაძლევს დისპეფსიის გამოიმწევე მიზეზის დიაგნოზის დასმის საშუალებას.

(რეკომენდაციის ხარისხი C)

დისპეფსიის შეფასებისას, კერძოდ, კლინიკური და პარაკლინიკური გამოკვლევების დაგეგმვისა და ჩატარების დროს, აგრეთვე, მათი ინტერპრეტაციისას, მნიშვნელოვანია:

- ე.წ. საგანგაშო სიმპტომებისა და ნიშნების გამოვლენა, რომლებიც მიუთითებენ კიბოს ან წყლულის გართულებების არსებობაზე;
- ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების მიღების დადგენა;
- კლინიკური და პარაკლინიკური გამოკვლევების ჩატარება ზემოთ მოხსენიებული ფაქტორების გათვალისწინებით.

საგანგაშო სიმპტომები და სიმსივნის რისკი დისპეფსიის დროს

დისპეფსიის საგანგაშო ნიშნებად და სერიოზული ორგანული პათოლოგიების პრედიქტორებად (კუჭის კივო, საყლაპავის კიბო, გართულებული წყლული) ითვლება:

- დისფაგია,
- ოდინოფაგია,
- მნიშვნელოვანი და აუხსნელი წონაში კლება (5%-ზე მეტი 7-10 დღის განმავლობაში),
- ანემია,
- სისხლიანი და/ან შეუჩერებელი ღებინება,
- მელენა,
- პალპირებადი სიმსივნე ეპიგასტრიუმში.

ნებისმიერი ასაკის პაციენტი, რომელსაც აქვს დისპეფსია და რომელიმე ზემოაღნიშნული საგანგაშო სიმპტომი, საჭიროებს სასწრაფო რეფერალს სპეციალისტთან და ენდოსკოპიას.

(რეკომენდაციის ხარისხი D)

ბერდ-ის სიმპტომები და დიაგნოზი

გულმკერდის და რეგურგაციის არსებობა მიუთითებს რეფლუქსის არსებობაზე (I, A)

ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ბერდ-ის დიაგნოზის დასასმელად აუცილებელია, რომ აღნიშნული სიმპტომები პაციენტისათვის შემაწახებელი იყოს ე.ი. სიმპტომები შედარებით გამოხატული და ხშირია.

ანამნეზის შეგროვებისას აუცილებელია ინფორმაციის მოძიება და ყურადღების გამახვილება ე.წ. საგანგაშო ნიშნებზე, რომლებიც აუცილებლად საჭიროებენ შემდგომ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს:

- ღებინება;
- მეღენა;
- ანემია;
- წონაში კლება;
- დისფაგია ან ტკივილი გულმკერდის არეში.

გერდის შეფასებისას მნიშვნელოვანია საგანგაშო ნიშნების შესახებ გამოკითხვა.

ბერდ-ის შეფასებისას პაციენტს უნდა შეეკითხოთ საგანგაშო ნიშნების შესახებ: ღებინება, გასტროდუოდენური სისხლდენა (მეღენა, ღებინება დამახასიათებელი მასებით), წონაში უნებური კლება, დისფაგია, ტკივილი გულმკერდის არეში (III, C).

საცდელი მკურნალობის როლი ბერდ-ის დიაგნოზში

საცდელი ემპირიული მკურნალობა

საცდელი ემპირიული მკურნალობა ანტისეკრეტორული საშუალებებით შესაძლებელია სასარგებლო იყოს გერდ-ის პირველად შეფასებისას, მისი დიაგნოზის დასადასტურებლად, როცა არ აღინიშნება საგანგაშო ნიშნები. წარმატებული საცდელი ემპირიული მკურნალობა მიუთითებს გაურთულებელი გერდის არსებობაზე **(I A)**.

ემპირიული მკურნალობა ტარდება 2 კვირის განმავლობაში ან ჰისტამინ-2 რეცეპტორების ანტაგონისტებით (დღეში 2-ჯერ) ან **პტი**-ებით (დილით, საკვების მიღების წინ 30-60 წუთით ადრე).

თუ საცდელი მკურნალობა დაიწყო ჰისტამინ-2 რეცეპტორების ანტაგონისტებით და არაეფექტური აღმოჩნდა, მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს **პტი**-ებით. თუ მკურნალობა დაიწყო **პტი**-ებით და არაეფექტური აღმოჩნდა, მისი დოზა ან უნდა გაიზარდოს, ან ორჯერ უნდა დაინიშნოს (პირველი და ბოლო კვების წინ წინ 30-60 წუთით ადრე).

ემპირიული მკურნალობა ასევე შეიძლება სასარგებლო იყოს ატიპური სიმპტომებით მიმდინარე გერდ-ის შესაფასებლად, განსაკუთრებით არაკარდიული ტკივილის დროს გულმკერდის არეში (II B).

3. ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

დისკუსია

ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია:

- ენდოსკოპია;
- იშვიათ შემთხვევებში ენდოსკოპიის დასაშვები ალტერნატივაა რენტგენოგრაფია ბარიუმის ფაფით;
- ჰჰბ-ით ინფიცირების სადიაგნოზო ტესტები.

ნებისმიერი ასაკის პაციენტი, რომელსაც აქვს დისპეფსია და რომელიმე ზემოაღნიშნული საგანგაშო სიმპტომი, საჭიროებს სასწრაფო რეფერალს სპეციალისტთან და ენდოსკოპიას.

(რეკომენდაციის ხარისხი D)

არ არსებობს მტკიცებულებები 55 წელს გადაცილებულ გაურთულებელი დისპეფსიის ახალი შემთხვევის მქონე პაციენტებში ენდოსკოპიის ადრეული გამოყენების ხარჯთეფექტურობის თაობაზე.

შესაბამისად, 55 წელს გადაცილებული პირების შეფასებისას, რომლებსაც დისპეფსია ახალი დადგენილი აქვთ და, რომლებსაც საგანგაშო ნიშნები არ აღენიშნებათ, ენდოსკოპიის გამოყენება აუცილებელი არ არის.

რეკომენდებულია ენდოსკოპიის ჩატარება 55 წელს გადაცილებულ პირებში პერსისტიული და/ან აუხსნელი დისპეფსიით.

(რეკომენდაციის ხარისხი A)

50 წელს გადაცილებულ, დისპეფსიის საგანგაშო სიმპტომების მქონე პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ ენდოსკოპიური კვლევა.

50 წელს გადაცილებული პირებისათვის ენდოსკოპიის ჩატარებაზე გადაწყვეტილება, ექიმის შეხედულებისამებრ, შეიძლება მიღებული იქნეს საგანგაშო სიმპტომების არმქონე პაციენტებშიც.

(რეკომენდაციის ხარისხი C)

ბარიუმის ფაფით კვლევა დასაშვებია, როცა ენდოსკოპიური კვლევის ჩატარების შესაძლებლობა არ არსებობს ან როცა პაციენტი ვერ იტარებს ენდოსკოპიურ კვლევას.

ამასთან, ენდოსკოპიის დასაშვებ ალტერნატივად ჩაითვლება მხოლოდ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის მრავალფაზური კონტრასტული რადიოლოგიური კვლევა ბარიუმით (ე.წ. „გასტროინტესტინური სერიული კვლევა“), რომელსაც ატარებს გამოცდილი რადიოლოგი. ერთჯერადი კონტრასტული რადიოლოგიური კვლევა, ვერ ჩაითვლება ენდოსკოპიის მისაღებ ალტერნატივად.

(რეკომენდაციის ხარისხი C)

ქვემოთ ჩამოთვლილია ჰჰბ-ით ინფიცირების სადიაგნოზო ტესტების გამოყენების ჩვენებები:

რეკომენდებულია:

- თორმეტგოჯა ნაწლავისა და კუჭის წყლული (ამჟამად ან წარსულში);
- კუჭის MALT-ლიმფომა
- ატროფიული გასტრიტის
- კუჭის კიბოს ანამნეზი ნათესავებში
- კუჭის კიბოს ენდოსკოპიური მეთოდით რეზექცია ანამნეზში
- გამოუკვლეველი დისპეფსია
- ერადიკაციული მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებისას

მკაცრად რეკომენდებულია:

- არაწყლულოვანი დისპეფსია;
- არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების / ასპირინის ქრონიკული მიღება;
- პაციენტის ნათესავები, რომლებსაც აღენიშნებათ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული;
- პაციენტის ნათესავები, რომლებსაც ჰჰბ-ით აქვთ ინფექცია;
- პაციენტის სურვილი ჩაიტაროს ტესტირება;
- ყველა პაციენტს, რომლებსაც დაუდგინდათ ჰჰბ-ით აქტიური ინფექცია, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა.

ჰჰბ-ით ინფექციის სადიაგნოზოდ გამოიყენება შემდეგი ტიპის ლაბორატორიული გამოკვლევები:

- სეროლოგიური ტესტები,
- შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი,
- ბიოფსიური მასალის ურეაზას ტესტი,
- ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა,
- კულტურალური ტესტი და
- განავლოვანი ანტიგენის ტესტი.

ჰჰბ-ით ინფექციის საწყისი დიაგნოსტირება შესაძლებელია C¹³ შარდოვანის სუნთქვითი ტესტით ან განავლოვანი ანტიგენის ტესტით ან ლოკალურად ვალიდური სეროლოგიური ტესტით.

(რეკომენდაციის ხარისხი A)

ჰპბ-ით ინფექციის განმეორებითი (მკურნალობის შემდგომი) ტესტირება უნდა მოხდეს შარდოვანას სუნთქვითი ტესტით.

არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები განავლოვანი ანტიგენის განსაზღვრის მეთოდის რეტესტირებისთვის გამოყენების თაობაზე; ამიტომ მისი გამოყენება შესაძლებელია, როცა შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი არ არის ხელმისაწვდომი.

(რეკომენდაციის ხარისხი C)

სეროლოგიური მეთოდი ჰპბ-ით ინფექციის ერადიკაციის ინდიკატორად არ გამოდგება.

(რეკომენდაციის ხარისხი B, დონე IIა)

ოფისის პირობებში ჩატარებული ჰპბ-ით ინფექციის სადიაგნოზო სეროლოგიური ტესტი არ არის რეკომენდირებული მათი არასაკმარისად სრულყოფილობის გამო

(რეკომენდაციის ხარისხი B)

ჰპბ-ით ინფექციის სადიაგნოზო სეროლოგიური ტესტები ლოკალურად ვალიდური უნდა იყოს და მათი მგრძობელობა და სპეციფიურობა სულ მცირე 90%-ს უნდა აღწევდეს.

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე IIბ)

შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი არის ჰპბ-ით ინფექციის სადიაგნოზო სანდო მეთოდი, რომლის გამოყენებაც შეიძლება როგორც ერადიკაციული მკურნალობის ჩატარებამდე, ასევე მის შემდეგაც.

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Iბ)

ბიოფსიური ურეაზის ტესტი ჰპბ-ით ინფექციის სადიაგნოზო ერთ-ერთი ალტერნატივაა და საჭიროებს ენდოსკოპიურ ჩარევას.

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Iბ)

კულტურალური მეთოდი ჰპბ-ით ინფექციის სადიაგნოზო არაპრაქტიკული მეთოდია.

(რეკომენდაციის ხარისხი B, დონე IIა)

განავლოვანი ანტიგენის ტესტი შარდოვანას სუნთქვით ტესტთან ერთად, ერადიკაციული მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებელი წარმატებული მეთოდია.

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Iა)

დისპეფსიის დროს გამოყენებული გამოკვლევები

დისპეფსიის სადიაგნოზო ტესტები			
ტესტი	მგრძობელობა	სპეციფიკურობა	სარბეალობა
ო ნ მ ა ზ ი უ რ ი			
ენდოსკოპია ბიოფსიით			არჩევის დიაგნოსტიკური სტრატეგია ბავშვთა ასაკში პერსისტული ან მწვავედ განვითარებული აბდომინური სიმპტომების დროს
ჰისტოლოგია	>95%	100%	მგრძობელობა ქვეითდება პტი-ის, ბისმუთის პრეპარატების და ანტიბიოტიკების მოხმარების შემთხვევაში
ურეაზული აქტივობა	93-97 %	>95%	მგრძობელობა ქვეითდება პტი-ის, ბისმუთის პრეპარატების და ანტიბიოტიკების მოხმარების ასევე აქტიური სისხლდენის შემთხვევაში
კულტურა	70 დან 80%- დე	100	საჭიროებს სპეციალურ ტექნიკურ აღჭურვილობას
ა რ ა ი მ ა ზ ი უ რ ი			
სეროლოგიური Ig G	85 %	79%	მგრძობელობა და სპეციფიურობა ფართოდ ცვალებადობს. ტესტის შედეგი დადებითია წარმატებული ერადიკაციიდან რამოდენიმე თვის შემდეგაც.
შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი	95 დან 100%-მდე	91-98%-მდე	საჭიროებს ექიმთან დამატებით ვიზიტს. მგრძობელობა ქვეითდება პტი-ის, ბისმუთის პრეპარატების და ანტიბიოტიკების მოხმარებისას. საუკეთესო არაინვაზიური და სანდო ტესტია ასევე ბავშვთა ასაკში გამოსაყენებლად. თუმცა, მოზარდებთან და მოზრდილებთან შედარებით მაღალია ცრუ დადებითი შედეგები ჩვილთა და 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში.
განავლოვანი ანტიგენის ტესტი	91-დან 98%-მდე	94-99%	მგრძობელობა ქვეითდება პტი-ის, ბისმუთის პრეპარატების და ანტიბიოტიკების მოხმარებისას. ადვილი განსახორციელებელია ნებისმიერი ასაკის პაციენტში. არჩევის მეთოდია, თუ ვერ ხერხდება შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის ჩატარება. ყველაზე სანდოა მონოკლონურ ანტისხეულზე დამყარებული ტესტი.

გამოკვლევების სქემა დისპეუსიის დროს

ცხრილი №3

დისპეუსიის მიზეზი	კლინიკური ჯგუფი	გამოკვლევა / რეჟერალი	მიზანი	დრო
დისპეუსია არაიდენტიფიცირებული მიზეზით / გამოუკვლეველი დისპეუსია	▪ 50 წელს გადაცილებული პირი საგანგაშო ნიშნებით	ენდოსკოპია ან ბარიუმის ფაფა*	კუჭის და საყლაპავის კიბოს გამოვლენა	2 კვირის განმავლობაში
	▪ 50 წლამდე ასაკის პირი საგანგაშო ნიშნების გარეშე	ენდოსკოპია ექიმის შეხედულებისამებრ ან ბარიუმის ფაფა*		
	▪ ნებისმიერი ასაკის პირი საგანგაშო ნიშნებით	სისხლის საერთო ანალიზი ანემიაზე ეჭვის შემთხვევაში	რკინადეფიციტური ანემიის, როგორც სიმსივნის ერთ-ერთი რისკფაქტორის დადგენა და ენდოსკოპიის საჭიროების განსაზღვრა	1 კვირის განმავლობაში
	▪ ნებისმიერი ასაკის პირი საგანგაშო ნიშნების გარეშე			
▪ ნებისმიერი ასაკის პირი საგანგაშო ნიშნების გარეშე, რომლებიც იღებენ ასას პრეპარატებს				
პეპტიური წყლული	▪ მიუხედავად ასას პრეპარატების მიღებისა	ჰპბ-ით ინფექციის სადიაგნოზო ტესტები	ჰპბ-ით ინფიცირების დადგენა	2 კვირის განმავლობაში
არაწყლულოვანი დისპეუსია		ჰპბ-ით ინფექციის სადიაგნოზო ტესტები	ჰპბ-ით ინფიცირების დადგენა	1 თვის განმავლობაში
დისპეუსია ორსულობის დროს		ჩვეულებრივ, ენდოსკოპია და/ან ჰპბ-ით ინფექციის სადიაგნოზო ტესტები საჭირო არ არის	ორსულობის დროს არ არის ნაჩვენები ერადიკაციული მკურნალობა	

* ბარიუმის ფაფით კვლევა ტარდება მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა ენდოსკოპიური კვლევის ჩატარების შესაძლებლობა არ არსებობს ან როცა პაციენტი ვერ იტარებს ენდოსკოპიურ კვლევას.

ბერდ-0

ჩვეულებრივ, როცა სახეზეა ბერდ-ის კლასიკური სიმპტომები, არ არის საგანგაშო ნიშნები, დიაგნოზი ისმება ანამნეზის საფუძველზე და სხვა გამოკვლევები და რეფერალი სპეციალისტთან საჭირო არ არის.

ასეთ შემთხვევებში, თუ საცდელი მკურნალობა ეფექტურია (ქრება სიმპტომები), მკურნალობა გრძელდება საჭიროებისამებრ.

დამატებითი გამოკვლევები და/ან რეფერალი სპეციალისტთან აუცილებელია, როცა:

- მკურნალობა არ იწვევს სიმპტომების გაქრობას, ან
- სახეზეა საგანგაშო ნიშნები.

გერდ-ის შეფასებისას მნიშვნელოვანია შემდეგი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები:

- ენდოსკოპია;
- pH მონიტორინგი;
- დამატებითი გამოკვლევები:
 - მანომეტრია;
 - ბერნშტეინის ტესტი, და
 - გასტროფოფაგური სცინტიგრაფია.

ენდოსკოპია

ენდოსკოპია საუკეთესო მეთოდია საყლაპავის ლორწოვანი გარსის მთლიანობის, სტრიქტურის და ბარეტის ეზოფაგიტის განვითარების შესაფასებლად. ასეთ შემთხვევაში ენდოსკოპიის მგრძობელობა 50%-ია, ხოლო სპეციფიკურობა 95%.

ენდოსკოპია არ უნდა იქნეს გამოყენებული რუტინულად ბერდ-ის შეფასებისას (**I A**).

ენდოსკოპიური კვლევის გამოყენება აუცილებელია საგანგაშო ნიშნების არსებობისას, როცა საწყისი ანტიეკრეტორული მკურნალობა არაეფექტურია და გართულებებზე ეჭვის არსებობისას (**II B**).

რადიოლოგიური კვლევა ბარიუმის ფაფით

მიუხედავად იმისა, რომ ბარიუმის ფაფით რენტგენოლოგიური კვლევა ადვილად ხელმისაწვდომი და ნაკლებად ინვაზიური მეთოდია და შეუძლია საყლაპავის სტრიქტურის გამოვლენა, ის ვერ გამოდგება ბერდ-ის შესაფასებლად. ამ მეთოდის მგრძობელობა ძალზე დაბალია ლორწოვანის დაზიანებისა და რეფლუქსის დასადგენად და მას არ შეუძლია ბარეტის ეზოფაგიტის გამოვლენა.

დამატებითი გამოკვლევები

ბერდ-ის ტიპიური სიმპტომების მკურნალობის წინ არ არის საჭირო გამოკვლევა ჰპბ-ის არსებობაზე.

4. მკურნალობა

დისპეფსია

დისპეფსიის მკურნალობა, დამოკიდებულია მის გამომწვევ მიზეზებზე. ამიტომ მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებამდე აუცილებელია შეფასდეს, რომელ კლინიკურ ჯგუფს განეკუთვნება პაციენტი (იხ. ცხრილი ქვემოთ).

დისპეფსიის კლინიკური ჯგუფები დიფერენციული მკურნალობისათვის:

- გამოუკვლეველი პაციენტები საგანგაშო ნიშნების გარეშე, რომლებიც არ იღებენ ასას პრეპარატებს;
- გამოუკვლეველი პაციენტები საგანგაშო ნიშნების გარეშე, რომლებიც იღებენ ასას პრეპარატებს;
- დადასტურებული პეპტიური წყლული, **ჰპბ**-ით ინფიცირების განსზღვრამდე;
- დადასტურებული პეპტიური წყლული და **ჰპბ**-ით ინფექცია;
- დადასტურებული პეპტიური წყლული, როცა **ჰპბ**-ით ინფექცია არ არის;
- დადასტურებული არაწყლულოვანი (ფუნქციური) დისპეფსია, **ჰპბ**-ით ინფიცირების განსზღვრამდე;
- დადასტურებული არაწყლულოვანი (ფუნქციური) დისპეფსია და **ჰპბ**-ით ინფექცია;
- დადასტურებული არაწყლულოვანი (ფუნქციური) დისპეფსია, როცა **ჰპბ**-ით ინფექცია არ არის;
- პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ ხანგრძლივ ანტისეკრეტორულ მკურნალობას (მაგ., რეკურენტული დისპეფსია, ასას ხანგრძლივად მიღება);
- დისპეფსია ორსულებში.

მკურნალობა: მკურნალობის სტრატეგიები

დისპეფსიის მკურნალობა მოიცავს შემდეგ სტრატეგიებს:

- ანტაციდური მკურნალობა;
- ანტისეკრეტორული მკურნალობა;
- პროკინეტიკური მკურნალობა
- ჰჰბ-ის ერადიკაციული მკურნალობა

ანტაციდური მკურნალობა

ჩვეულებრივ, ანტაციდებს იყენებენ ხანმოკლე მკურნალობისათვის დისპეფსიის სიმპტომების შესამსუბუქებლად. არასასურველი ეფექტების გამო ანტაციდების ხანგრძლივად გამოყენება რეკომენდებული არ არის.

ანტაციდების გამოყენებასთან დაკავშირებული სხვა არასასურველი ეფექტები მოცემულია ცხრილში №4.

ცხრილი №4

ანტაციდური საშუალებების არასასურველი ეფექტები

ანტაციდური საშუალება	არასასურველი ეფექტები
მაგნიუმის შემცველი (მაგნიუმის ჰიდროქსიდი, კარბონატი ან ტრისილიკატი)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ დიარეა; ▪ ჰიპერმაგნიემია (განსაკუთრებით თირკმლის დაზიანების ფონზე).
ალუმინის შემცველი (ალუმინის ჰიდროქსიდი)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ შეკრულობა; ▪ ჰიპოფოსფატემია (ხანგრძლივი მიღებისას); ▪ ალუმინის დაგროვებასთან დაკავშირებული ენცეფალოპათია, დემენცია და ოსტეომალაცია.
კალციუმის შემცველი (კალციუმის კარბონატი)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ რიკოშეტული ჰიპერაციდული მდგომარეობა, რაც გამოწვეულია კალციუმის კარბონატის მიერ გასტრინის სეკრეციის სტიმულაციით; ▪ შეკრულობა; ▪ ჰიპერკალციემია; ▪ ალკალოზი. ▪ თირკმლის უკმარისობა.

დისპეფსიის სიმპტომების მოსახსნელად ანტაციდების მიღება დღეში რამდენიმეჯერ (ჩვეულებრივ, 4-ჯერ) არის ხოლმე საჭირო. ანტაციდების მიღება ხდება საკვების მიღებიდან 1-3 საათის შემდეგ და ძილის წინ. მათი მიღება არ არის რეკომენდებული ერთდროულად სხვა პერორალურ წამლებთან ერთად (ანტაციდის მიღებიდან 2 საათის განმავლობაში).

ანტიეკრეტორული მკურნალობა

ანტიეკრეტორული მკურნალობა, იგივე სიმჯავის დამაქვეითებელი მკურნალობა (მჯავას სუპრესიული მკურნალობა) გულისხმობს კუჭის მჯავას სეკრეციის დათრგუნვას.

ანტიეკრეტორული ეფექტის მქონე წამლების ჯგუფები, ცალკეული წამლის დასახელებები, წამლის ფორმები მოცემულია ცხრილში.

ანტიეკრეტორული წამლები:

- პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები:
 - ომეპრაზოლი (პერორალური)
 - ესომეპრაზოლი (პერორალური და საინექციო)
 - ლანსოპრაზოლი (პერორალური და საინექციო)
 - პანტოპრაზოლი (პერორალური და საინექციო)
 - რაბეპრაზოლი (პერორალური)
- ჰისტამინის H₂ რეცეპტორების ინჰიბიტორები:
 - ციმეტიდინი (პერორალური და საინექციო)
 - რანიტიდინი (პერორალური და საინექციო)
 - ნიზატიდინი (პერორალური)
 - ფამოტიდინი (პერორალური და საინექციო)
- მუსკარინის (3) რეცეპტორების ინჰიბიტორები:
 - ატროპინი (პერორალური და საინექციო)
- პროსტაგლანდინ E₁-ის რეცეპტორების აგონისტები:
 - მიზოპროსტოლი (პერორალური)
- სომატოსტატინის რეცეპტორების აგონისტები:
 - ოქტრეოტიდი (საინექციო)

ზემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან დისპეფსიისა და გერდის დროს ყველაზე ხშირად გამოიყენება პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები და ჰისტამინის H₂ რეცეპტორების ინჰიბიტორები.

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების სტანდარტული დოზა მოზრდილებისათვის მოცემულია ცხრილში №5.

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების სტანდარტული დოზები

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი	სტანდარტული დოზა მოზრდილისათვის	შენიშვნა
ომეპრაზოლი	20 მგ. დღეში	ჰპბ-ის ერადიკაციული მკურნალობის დროს პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების სტანდარტული დოზა ინიშნება დღეში ორჯერ
ესომეპრაზოლი	40 მგ. დღეში	
ლანსოპრაზოლი	30 მგ. დღეში	
პანტოპრაზოლი	40 მგ. დღეში	
რაბეპრაზოლი	20 მგ. დღეში	

ჰ2რბ-ის სტანდარტული დოზა მოზრდილებისათვის მოცემულია ცხრილში №6.

ჰ2რბ-ის სტანდარტული დოზები მოზრდილებისათვის

H-2 რეცეპტორის ანტაგონისტები	სტანდარტული დოზა მოზრდილისათვის	შენიშვნა
ციმეტიდინი	800 მგ. დღეში	უპირატესობა ენიჭება ჰ2რბ-ების ძილის წინ ერთჯერად მიღებას (ორჯერად მიღებასთან შედარებით)
რანიტიდინი	300 მგ. დღეში	
ნიზატიდინი	300 მგ. დღეში	
ფამოტიდინი	40 მგ. დღეში	

ჰ2რბ-ების ანტიეკრეტორული მოქმედების მიმართ ხშირად ვითარდება ტოლერანტობა. ამასთან, ჰ2რბ-ების მოხსნის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს კუჭის მუავას რიკოშეტული ჰიპერსეკრეცია. აღნიშნული ეფექტი, ჩვეულებრივ წამლის მოხსნიდან 9 დღის შემდეგ გაივლის.

პროკინეტიკური მკურნალობა

პროკინეტიკური საშუალებები ხელს უწყობენ საკვების გადაადგილებას კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გასწვრივ კუჭ-ნაწლავის ტონუსსა და პერისტალტიკაზე ზემოქმედების გზით.

მათი გამოყენება შეზღუდულია მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების გამო. ცხრილში №7 მოცემულია პროკინეტიკური ეფექტის მქონე საშუალებები და მათი გვერდითი მოქმედება.

პროკინეტიკური საშუალებები და მათი გვერდითი მოქმედება

პროკინეტიკური მოქმედების წამალი	ფარმაკოლოგიური ჯგუფი / მოქმედების მექანიზმი	არასასურველი ეფექტები
მეტოკლოპრამიდი	<ul style="list-style-type: none"> აქვს კომპლექსური მოქმედება; პერიფერიულად: ახასიათებს ქოლინერგული მოქმედება. ცენტრალურად: ახასიათებს D₂ დოპამინერგული რეცეპტორების ბლოკირება; პროკინეტიკური საშუალება. 	<ul style="list-style-type: none"> დაღლილობა, ძილიანობა; ექსტრაპირამიდული რეაქციები.
დომპერიდონი	<ul style="list-style-type: none"> დებინების საწინააღმდეგო საშუალება. D₂ დოპამინერგული რეცეპტორების ანტაგონისტი; პროკინეტიკური საშუალება. 	<ul style="list-style-type: none"> მეტოკლოპრამიდთან შედარებით ძნელად გადალახავს ჰემატოენცეფალურ ბარიერს და ნაკლებად ახასიათებს ექსტრაპირამიდული რეაქციები; ჰიპერპროლაქტინემია.
ციზაპრიდი*	<ul style="list-style-type: none"> მოქმედების ზუსტი მექანიზმი უცნობია; ასტიმულირებს აცეტილქოლინის გამოთავისუფლებას პოსტგანგლიური ნერვული დაბოლოებებიდან; პროკინეტიკური საშუალება. 	<ul style="list-style-type: none"> QT-ინტერვალის გახანგრძლივება, პარკუჭოვანი ტაქიკარდია და ფიბრილაცია, უეცარის სიკვდილი.
ერთრომიცინი	<ul style="list-style-type: none"> ანტიბიოტიკი – მაკროლიდი. პროკინეტიკური საშუალება; პროკინეტიკური მოქმედება აიხსნება ე.წ. მოტილინის რეცეპტორებზე აგონისტური მოქმედებით. 	<ul style="list-style-type: none"> ალერგიული რეაქცია: ურტიკარია, მაკულოპაპულური გამონაყარი, ერითემა და ინტერსტიციური ნეფრიტი; მწვავე გენერალიზებული ეგ ზანთემატოზური პუსტულოზი (AGEP); გულისრევა-დებინება, დიარეა.

* **ციზაპრიდი** (პროპულსიდის სახელწოდებით) აშშ-ში ამოღებულია ხმარებიდან არითმოგენული მოქმედების გამო.

Helicobacter Pylori-ს ერადიკაციული მკურნალობა

ჰპპ-ის ერადიკაციული მკურნალობა გულისხმობს ამ ბაქტერიის სრულ აღმოფხვრას, რისთვისაც გამოიყენება კომბინირებული მკურნალობა სხვადასხვა ჯგუფის ორი, სამი ან ოთხი დასახელების წამლით.

ჩვეულებრივ, ჰპპ-ის ერადიკაციული მკურნალობა მოიცავს 3 წამალს, რომელთაგან ორი ანტიბიოტიკია, ხოლო ერთი პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი. წამალთა სხვადასხვა კომბინაციები ერადიკაციის განსხვავებული მაჩვენებლებით ხასიათდება.

სადღეისოდ რეკომენდებულია ერადიკაციული მკურნალობის 7, 10 ან 14-დღიანი რეჟიმის გამოყენება.

მოწოდებულია ჰბპ-ის საერადიკაციო ორი ძირითადი სამკომპონენტო მკურნალობის სქემა (ცხრილი 8ა და 8ბ):

ცხრილი №8ა

მკურნალობის სქემა 1:

№	წამლის დასახელება	წამლის დოზა	ჟერადობა დღეში	წამლის მიღების ხანგრძლივობა
1.	პტი	სტ. დოზა	2	7, 10, ან 14 დღე
2.	კლართრომიცინი	500 მგ.	2	7, 10, ან 14 დღე
3.	ამოქსიცილინი	1000 მგ.	2	7, 10, ან 14 დღე

ცხრილი №8ბ

მკურნალობის სქემა 2:

№	წამლის დასახელება	წამლის დოზა	ჟერადობა დღეში	წამლის მიღების ხანგრძლივობა
1.	პტი	სტ. დოზა	2	7, 10, ან 14 დღე
2.	კლართრომიცინი	500 მგ.	2	7, 10, ან 14 დღე
3.	მეტრონიდაზოლი	400 მგ.	2	7, 10, ან 14 დღე

თუ კლართრომიცინის დანიშვნა ვერ ხერხდება, შეიძლება შემდეგი რეჟიმების დანიშვნა:

- პტი-ს სტანდარტული დოზა დღეში 2-ჯერ;
- ამოქსიცილინი 1000 მგ დღეში 2-ჯერ;
- მეტრონიდაზოლი 400 მგ დღეში 2-ჯერ.

7 დღის განმავლობაში;

ან

- კოლოიდური ბისმუტ სუბციტრატი 120 მგ დღეში 4-ჯერ;
- მეტრონიდაზოლი 400 მგ დღეში 2-ჯერ;
- ტეტრაციკლინი 500 მგ დღეში 4-ჯერ.

14 დღის განმავლობაში;

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Ib)

ბერღი

მკურნალობის პრინციპები

ბერღ-ის მკურნალობის რეჟიმის შესარჩევად გასათვალისწინებელია, შემდეგი:

- ბერღ-ის მკურნალობა ტარდება პირველად.
- ბერღ-ის საწყისი მკურნალობა არაეფექტური აღმოჩნდა.
- ბერღ-ის სიმპტომები განვითარდა წარმატებული მკურნალობის დასრულებიდან გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ (რეციდივი).

ბერღ-ის მკურნალობის სტრატეგიები

ბერღ-ის მკურნალობის სტრატეგიებია:

- ანტიეგრეტორული მკურნალობა: პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები (**პტი**), ჰისტამინ-2 რეცეპტორების ანტაგონისტები (**ჰტი**).
- პროკინეტიკური მკურნალობა (განსაკუთრებულ შემთხვევებში).
- ცხოვრების წესის შეცვლა.

ბერღ-ის მკურნალობა სხვადასხვა კლინიკურ სიტუაციაში

- ბერღ-ის საწყისი მკურნალობა მოიცავს:
 - პტი-ს სრული დოზა 1 თვის განმავლობაში.
- თუ საწყისი 1-თვიანი მკურნალობა პტი-ს სრული დოზით არაეფექტურია:
 - პტი-ს სრული დოზით მკურნალობა გააგრძელეთ კიდევ 1 თვის განმავლობაში;
 - მძიმე და ხანგრძლივი სიმპტომების არსებობისას, მომდევნო 1 თვიანი მკურნალობა ჩაატარეთ პტი-ს ორმაგი დოზით;
 - პაციენტებს, რომელთაც პტი-ით სწყისი მკურნალობის მიუხედავად გამოხატული აქვთ სიმპტომები დამით, მომდევნო 1 თვიანი მკურნალობა ჩაუტარეთ პტი-ისა და ჰტი-ით; ამასთან, ჰტი-ი პაციენტს ძილის წინ უნდა დაენიშნოს.
- თუ მომდევნო (განმეორებითი) 1-თვიანი მკურნალობა პტი-ს სრული დოზით არაეფექტურია:
 - გააგრძელეთ მკურნალობა ჰტი-ით ან პროკინეტიკური საშუალებებით. ამასთან, პროკინეტიკური საშუალებების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ მოკლე კურსის სახით;
 - გააზრდეთ პაციენტი სპეციალისტთან (რეფერალი) შემდგომი გამოკვლევისა და მკურნალობის უეფექტობის მიზეზების დასადგენად.
- ბერღ-ის რეციდივის შემთხვევაში:
 - კვლავ დაიწყეთ მკურნალობა პტი-ს სრული დოზით;
 - ურჩიეთ პაციენტს ეტაპობრივად შეამციროს დოზა მინიმალურ ეფექტურ დოზამდე.

რეკომენდაციები ცხოვრების წესის შეცვლის შესახებ

ცხოვრების წესის შეცვლის შესახებ რეკომენდაციები ინდივიდუალურად უნდა იყოს მისადაგებული პაციენტებისადმი. მაგალითად, სასთუმალის ამადლება იმ პაციენტებისათვის არის მნიშვნელოვანი, რომელთაც ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში უუარესდებოთ გულძმარვისა და რეგურგიტაციის სიმპტომები.

ამრიგად, ქვემოთ ჩამოთვლილი რეკომენდაციები უნდა მიეცეს ცალკეულ პაციენტს მათი საჭიროების მიხედვით და არა ყველა პაციენტს, რომელთაც აქვთ ბერღ-ი (II, B):

- იმ სასმელებისა და საკვების თავის არიდება, რომლებიც იწვევენ სიმპტომებს;
- საკვები მცირე ულუფებად;
- საკვებისაგან თავის შეკავება ძილის წინ 3-4 საათით ადრე;
- წონაში კლება, თუ ჭარბწონიანია;
- თამბაქოს მიტოვება, თუ ეწევა;
- სასთუმალის ამადლება;
- თავის არიდება იმ წამლებისთვის, რომლებიც აქვეითებენ საყლაპავის მუსკულატურის ტონუსს: კალციუმის არხების ბლოკერები, ნიტრატები, თეოფილინი, ბეტა-ბლოკერები, ალფა-ბლოკერები, ბენზოდიაზეპინები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და ანტიქოლინერგულიები.

5. მეთვალყურეობა

რეკომენდაციები დისაეზის მეთვალყურეობის შესახებ

რეკომენდირებულია კუჭის ღორწოვანთან ასოცირებული დაბალი ხარისხის ლიმფოიდური ქსივილის ღომფომის მქონე პაციენტების მართვა წარმართოს ენდოსკოპისტ გასტროენტეროლოგის მიერ, რადგან ასეთ პაციენტებს ხშირად ესაჭიროებათ დაკვირვება და სპეციალისტის რეკომენდაციები.

რეკომენდაციები ბერღ-ის მეთვალყურეობის შესახებ

გაურთულებელი ბერღ-ის წარმატებული მკურნალობის შემთხვევაში, შემდგომი რუტინული მეთვალყურეობა საჭირო არ არის. პაციენტს უნდა ერჩიოს, რომ ექიმს მიმართოს იმ შემთხვევაში, თუ ბერღ-ის სიმპტომები კვლავ აღმოცენდება.

ხშირი რეციდივების შემთხვევაში ურჩიეთ პაციენტს:

- დაიწყოს განმეორებითი მკურნალობა პტი-ს სრული დოზით;
- ეტაპობრივად შეამციროს დოზა მინიმალურ ეფექტურ დოზამდე.

აუცილებელია ხანგრძლივი დაკვირვება და მეთვალყურეობა ბარეტის ეზოფაგიტის განვითარების შემთხვევაში. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როცა აღინიშნება 3-სანტიმეტრიანი და უფრო დიდი ზომის მეტაპლაზია, რადგან ასეთ შემთხვევებში მალიგნიზაციის ხარისხი საკმარისად მაღალია.

6. ბაილაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

– „დისპეფსიისა და გასტროფოფაგური რეფლუქს-დაავადების მართვა პირველად ჯანდაცვაში“.