

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/ო ბრძანებით

**დისკემსიისა და
ბასტროფოზოზაბური
რემლუმს-დაავადების მართვა
პირველად ჯანდაცვაში**

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

**დისკუსიისა და გასტროეზოფაგური
რეფლუქს-დაავადების მართვა პირველად ჯანდაცვაში**

1. დაავადების განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

წინამდებარე გაიდლაინში დისპეფსია და გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება (ბმრდ) ერთმანეთისაგან გამიჯნულია; კერძოდ, გულძმარვა და მჟავას რეგურგიტაცია განიხილება, როგორც მხოლოდ გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების სიმპტომი და ის არ მოიაზრება დისპეფსიის განმარტებაში (იხ. ქვემოთ).

ხშირად ხდება დისპეფსიისა და გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების სიმპტომების ურთიერთგადაფარვა, რაც ზოგჯერ ართულებს დისპეფსიისა და გასტროეზოფაგური რეფლუქსის ურთიერთგამიჯვნას პაციენტებში, რომლებსაც სათანადო გამოკვლევები არ ჩატარებიათ, განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის პირობებში.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის სიმპტომები შემთხვევათა საშუალოდ 10%-ში გამოწვეული პეპტიური წყლულით. პაციენტების უმეტესობას, რომლებსაც დისპეფსია აღენიშნებათ, ენდოსკოპიური გამოკვლევის შედეგად ფუნქციური დისპეფსია უდგინდებათ. ზოგჯერ ფუნქციურ დისპეფსიას „არაწყლულოვან“ დისპეფსიასაც უწოდებენ, რაც იმ გარემოებას უსვამს ხაზს, რომ ასეთ პაციენტებს აღენიშნებათ დისპეფსიის სიმპტომები, მაგრამ ენდოსკოპიურად არ აქვთ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული.

მეორე მხრივ, გასტროეზოფაგური რეფლუქსის სიმპტომების მქონე პაციენტების 50%-ზე მეტს ენდოსკოპიური გამოკვლევით არ უდგინდებათ ეზოფაგაგითი. ამიტომ ასეთი მდგომარეობა შესაძლებელია შეცდომით ფუნქციურ დისპეფსიად იქნეს მიჩნეული და არა ბმრდ-ად.

დისკუსიის განმარტება

სიტყვა დისპეფსია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ცუდ მონელებას. იგი გამოიყენება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილიდან მომავალი სხვადასხვა სიმპტომების აღსაწერად; თუმცა, დღემდე არ არსებობს მისი უნივერსალური დეფინიცია. ამასთან, მიღწეულია კონსენსუსი იმის თაობაზე, რომ დისპეფსია წარმოადგენს სიმპტომების კომპლექსს და არა დიაგნოზს.

არსებობს დისპეფსიის განმარტების განსხვავებული ფორმულირებები, რომლებიც პირობითად შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს:

- ა) დისპეფსია ფართო გაგებით, რომელიც გულისხმობს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილთან დაკავშირებულ ნებისმიერ სიმპტომს, მათ შორის გულძმარვასა და მჟავას რეგურგიტაციას (ბრიტანეთის გასტროენტეროლოგთა საზოგადოება);
- ბ) დისპეფსია ვიწრო გაგებით, რომელიც გულისხმობს ტკივილსა და დისკომფორტს მუცლის ზედა ნაწილში და არ მოიცავს გულძმარვასა და მჟავას რეგურგიტაციას (რომის კონსენსუსი).

წინამდებარე „გაიდლაინში“ დისპეფსია ვიწრო გაგებით გამოიყენება და განმარტდება, როგორც ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთი ან მეტი სიმპტომის არსებობა:

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

ზემოთ მოხსენიებული განმარტება ეფუძნება რომი-III კომიტეტის კრიტერიუმებს.

დისპეფსიის განსხვავებული განმარტებების მიმოხილვა

1988 წელს სამუშაო ჯგუფმა დისპეფსია განსაზღვრა, როგორც გასტორინტესტინური ტრაქტის ზედა ნაწილიდან მომავალი ნებისმიერი 4 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის სიმპტომი: აბდომინური ტკივილი, დისკომფორტი, გულისრევა, პირღებინება, რეფლუქსი მჟავე შიგთავისით და გულძმარვა. ცალკე გამოიყო „წელულის მსგავსი“ (ეპიგასტრული ტკივილით მიმდინარე), „რეფლუქსით მიმდინარე“ (რეფლუქსით და მჟავე შიგთავის რეგურგიტაციით მიმდინარე), „პერისტალტიკის დარღვევით მიმდინარე“ (გულისრევა, ბოყინი) და „არაკლასიფიცირებული“ ფორმები.

1991 წელს რომის კონსენსუსმა („რომი I“) შეავიწროვა დისპეფსიის დეფინიცია ეპიგასტრიუმში ლოკალიზებულ მინიმუმ ერთი თვის ხანგრძლივობის დისკომფორტამდე. დისპეფსიას გამოეყო ის შემთხვევები, როდესაც პაციენტის ერთადერთი ჩივილი გულძმარვა და მჟავე შიგთავის რეგურგიტაცია იყო. სიმპტომები უნდა გაგრძელებულიყო, სულ მცირე, ერთი თვის მანძილზე და უნდა მოიცავდეს დროის ერთ მეოთხედს მაინც.

1999 წელს რომში მიღწეული კონსენსუსი კვლავ შეიცვალა და დისპეფსია განისაზღვრა როგორც უპირატესად ეპიგასტრიუმში ლოკალიზებული ტკივილი ან დისკომფორტი სულ მცირე 12 კვირის განმავლობაში უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე (კლასიფიკაცია „რომი II“).

მოგვიანებით შემუშავდა განახლებული კრიტერიუმები – „რომი III“, სადაც დისპეფსია განმარტებულია, როგორც მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილ სიმპტომთაგან: პოსტპრანდიული სისავსის შეგრძნება მუცელში, ადვილად დანაყრება, ტკივილის ან წვის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში (ეს უკანასკნელი განმარტება საფუძვლად უდევს დისპეფსიის წინამდებარე გაიდლაინში მოცემულ განმარტებას; იხ. ზემოთ).

დისპეფსიასთან დაკავშირებული ტერმინების განმარტებანი

გამოუკვლეველი დისპეფსია

აქ გაერთიანებულია ყველა ის შემთხვევა როცა პაციენტი უჩივის მუდმივ დისკომფორტს ან ტკივილს მუცლის ზედა ნაწილში, გულისრევას ან პირღებინებას და არ მიუმართავს დახმარებისთვის ექიმისთვის და არ ჩატარებია ენდოსკოპია.

¹ „პოსტპრანდიული“ – საკვების მიღების შემდგომი.

პეპტიური წყლული

კუჭის აციდურ პეპტიური აქტივობის შედეგად კუჭისა და/ ან წერილი ნაწლავის ლორწოვანზე დეფექტის წარმოქმნა, რომელიც ვრცელდება ლორწოქვეშა შრემდე. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს არ ახასიათებს მკაფიო განსაკუთრებული სიმპტომები. შესაბამისად, მხოლოდ სიმპტომები არ არის საკმარისი წყლულით დაავადებული პაციენტების გამოსავლენად. *H.pylori*-თ ინფიცირება წარმოადგენს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის უმთავრეს გამომწვევ მიზეზს (შესაბამისად შემთხვევათა 90-95% და 70-80%).

არაწყლულოვანი დისპეფსია (ფუნქციური დისპეფსია)

ამ ჯგუფში შედიან პაციენტები დისპეფსიის სიმპტომებით და ნორმალური ენდოსკოპიური მაჩვენებლებით. ამ პაციენტთა ნაწილს უდგინდება გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება, რომელიც არ დასტურდება ენდოსკოპიით. ეს ქვეკლასიფიკაცია გარკვეულ შენიშვნებს იმსახურებს პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისაგან, რადგან არაწყლულოვანი დისპეფსიის დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია მხოლოდ ენდოსკოპიის შემდგომ, რაც ინვაზიური და ძვირად ღირებული კვლევაა და, ზოგ შემთხვევაში მისი გამოყენება შეზღუდულია კიდევ.

Helicobacter Pylori

ბაქტერია, რომელიც პირველად 1983 წელს იქნა იდენტიფიცირებული. პოპულაციაში მისი გავრცელება ძალზე მაღალია, თუმცა უმრავლესობაში ყოველგვარი პათოლოგიური გამოვლინების გარეშე. *H.pylori* მჭიდროდ არის ასოცირებული კუჭის წყლულსა და დისტალური ნაწილის კიბოსთან. *H.pylori*-ის რამდენიმე შტამი არსებობს. ისინი განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან ანთებითი პროცესის მოდულაციის უნარის მიხედვით. *H.pylori*-თ განპირობებული დაავადების კლინიკური სურათი დამოკიდებულია ბაქტერიისა და ადამიანის ორგანიზმის ურთიერთქმედებაზე. შტამის პათოგენობა და ადამიანის ანთებითი რეაქციის მაკონტროლირებელი გენების პოლიმორფიზმი განაპირობებს ანთებითი რეაქციის სიმწვავეს და კლინიკურ სიმპტომატიკას.

არ არის ნათელი ინფექციის გადაცემის გზები. სავარაუდოა ფეკალურ ორალური და ორო-ორალური გადაცემა, თუმცა ბაქტერიის კულტივირება განავლიდან და ნერწყვიდან იშვიათად ხერხდება.

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო (ასას) პრეპარატები და დისპეფსია.

ამ პრეპარატების ხმარება ასოცირებულია წყლულის განვითარებასთან. ასას პრეპარატების ხმარება ზრდის გასტროინტესტინური სიხსლდენის გამო ჰოსპიტალიზაციის რისკს.

ასას პრეპარატების კავშირი დისპეფსიის სიმძიმის ხარისხთან მკაფიო არ არის. ასას ჯგუფის პრეპარატები განსხვავდებიან ერთმანეთისგან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე თავიანთი ტოქსიკური ზემოქმედების ხარისხით.

რეკურენტული დისპეფსია

დისპეფსია მიმდინარეობს რემისიებითა და გამწვავებებით. პაციენტთა დაახლოებით ნახევარში ადგილი აქვს რეციდივს.

გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების განმარტება

გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების არსებობა სავარაუდოა, როცა პაციენტს აღენიშნება ხშირი გამოსატული გულძმარვა (სიმუავის ამოსვლა), რეგურგიტაცია საყლაპავსა და პირის ღრუში, თუკი სხვა რამ არ არის დადგენილი.

ხშირად საკმაოდ ძნელია ზღერის გავლება ფიზიოლოგიურ გასტროეზოფაგურ რეფლუქსსა (**ბმრ**) და გასტროეზოფაგურ რეფლუქს-დაავადებას (**ბმრდ**) შორის.

ბმრდ-ის ყველზე უფრო გავრცელებული და აღიარებული განმარტება ეფუძნება ე.წ. „მონრეალის კონსენსუსს“, რომლის მიხედვითაც **ბმრდ**-ი განმარტება შემდეგნაირად:

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

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

ზემოაღნიშნული განმარტების მიხედვით ეპიზოდური გულძმარვა არ ითვლება **ბმრდ**-ად. აქ იგულისხმება შემთხვევები, როცა გულძმარვა არ არის იმდენად ხშირი, ხოლო მისი ინტენსიურობა იმდენად გამოსატული, რომ მას პაციენტი აღიქვამდეს შემაწუხებლად. ცხადია, ამ დროს საყლაპავი არ უნდა იყოს დაზიანებული.

განასხვავებენ **ბმრდ**-ს სინდრომთა ორ ჯგუფს:

- ა) **ეზოფაგალურ სინდრომებს**, რომლის დროსაც ჭარბობს საყლაპავთან დაკავშირებული სიმპტომები და/ან მორფოლოგიური ცვლილებები;
- ბ) **ექსტრაეზოფაგალურ სინდრომებს**, რომლის დროსაც დაავადება ვლინდება არა საყლაპავთან ასოცირებული სიმპტომებით, არამედ სხვა ორგანოების დაზიანებითა და მასთან დაკავშირებული ჩივილებით;

ეზოფაგალური სინდრომები მოიცავს:

- ა) **გერდ-ის სიმპტომებს** (სიმპტომებით ანუ ჩივილებით მიმდინარე **ბმრდ**-ი):
 - ტიპური რეფლუქს სინდრომი (შემაწუხებელი გულძმარვა და/ან რეგურგიტაცია);
 - რეფლუქსური ტკივილის სინდრომი გულმკერდის არეში;
- ბ) **საყლაპავის ობიექტურად დადასტურებულ დაზიანებას** (**ბმრდ**-ი, როცა დადასტურებულია რეფლუქსით გამოწვეული საყლაპავის დაზიანება):
 - რეფლუქს-ეზოფაგოტი;
 - რეფლუქს-სტრიქტურა;
 - ბარეტის საყლაპავი;
 - საყლაპავის ადენოკარცინომა.

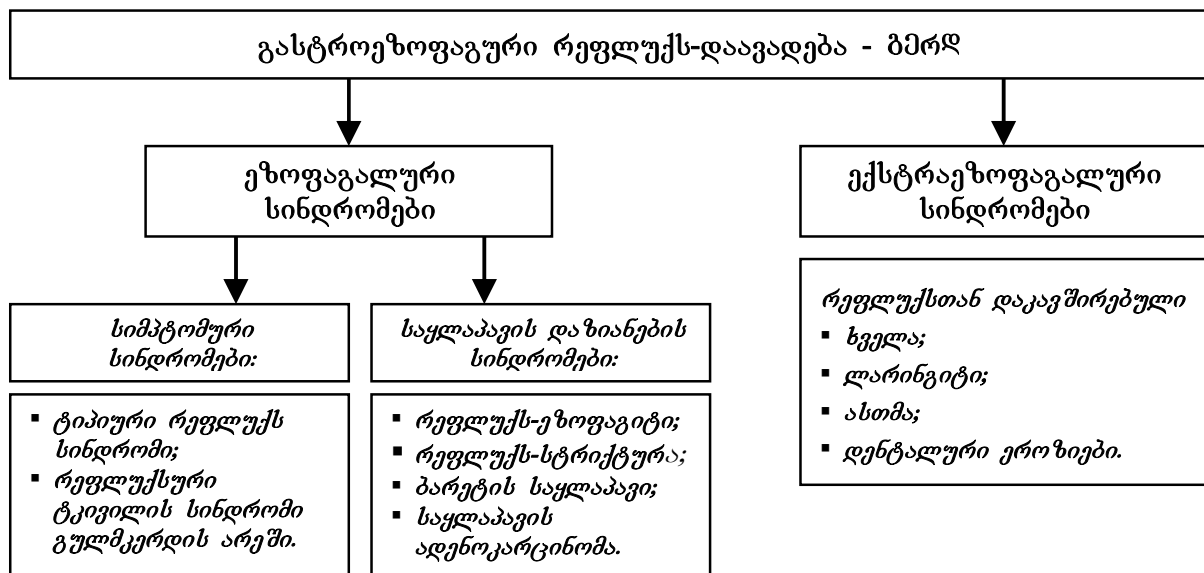
ექსტრაეზოფაგალური სინდრომი მოიცავს მდგომარეობებს, რომელიც დადგენილია ან სავარაუდოა, რომ დაკავშირებულია ბმრდ-თან.

დადგენილი, ბმრდ-თან ასოცირებული ექსტრაეზოფაგალური სინდრომებია:

- რეფლუქსთან დაკავშირებული ხველა;
- რეფლუქსთან დაკავშირებული ლარინგიტი;
- რეფლუქსთან დაკავშირებული ასთმა;
- რეფლუქსთან დაკავშირებული დენტალური ეროზიები.

ქვემოთ, სქემის სახით მოცემულია ბმრდ-ის ეზოფაგალური და ექსტრაეზოფაგალური სინდრომების დახასიათება.

სქემა. 1. ბმრდ-ის ეზოფაგალური და ექსტრაეზოფაგალური სინდრომების სქემატური გამოსახულება.



ღიაფრაგმის ხვრელის თიაქარი

ღიაფრაგმის ხვრელის თიაქარის დროს კუჭის ნაწილი ღიაფრაგმის დეფექტური ხვრელის საშუალებით აღმონდება გულმკერდის ღრუში. ის კლინიკურად იშვიათად არის სიმპტომური; თუმცა, მდგომარეობამ შესაძლოა გამოიწვიოს საყლაპავის ქვედა სფინქტერის სისუსტე და ამ უკანასკნელმა, თავის მხრივ, კუჭის მჟავე შიგთავსის რეფლუქსი საყლაპავში, რაც კლინიკურად გულმკერდით გამოვლინდება.

ბარეტის ეზოფაგიტი

წარმოადგენს საყლაპავის ბრტყელი ეპითელის მეტაპლაზიას ცილინდრულ ეპითელად. ღიაგნოზი ისმება ენდოსკოპიურად და პათოლოგიურ-ანატომიურად (შედარებით ვრცელი ინფორმაცია ბარეტის ეზოფაგიტის შესახებ მოცემულია ქვეთავში „გერდის გართულებები“).

გამოყენებული ზემოკლებები

- ბერ - გასტროზოფაგური რეფლუქსი
- ბერდ - გასტროზოფაგური რეფლუქს-დაავადება
- პტი - პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი
- ჰპპ - „ჰელიკობაქტერ პილორი“ (*Helicobacter Pylori*)
- ჰ2რი - ჰისტამინ-2 (H_2) რეცეპტორების ანტაგონისტები
- ასას - ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები

2. ეპიდემიოლოგია

დისპეფსია და *Helicobacter Pylori*-თი ინფიცირება

მკუნალობაზე გაწეული დანახარჯების მიხედვით ბევრ ქვეყანაში დისპეფსიას, სხვა სიმპტომთა შორის პირველი ადგილი უკავია.

დისპეფსიის გავრცელების მაჩვენებლები (პრევალენტობა) დამოკიდებულია მის განმარტებაზე. ვიწრო განმარტებით ის საშუალოდ 25%-ს შეადგენს (აშშ, ავსტრალია, გერმანია), ხოლო ფართო განმარტებით (გულმმარვისა და მუცლის რეგურგიტაციის ჩათვლით) – 40%-ს (დიდი ბრიტანეთი, სკანდინავია).

ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში დისპეფსიას დიდი ადგილი უკავია. ოჯახის ექიმის კონსულტაციების 2-5% დისპეფსიის გამო ტარდება.

საქართველოში ანალოგიური კვლევები არ ჩატარებულა და ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებში „დისპეფსია“ არ მოიხსენება.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გავრცელება დამოკიდებულია ასაკსა და სქესზე. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული უფრო ხშირად 45-64 წლის ასაკში გვხვდება და ორჯერ უფრო ხშირია მამაკაცებში. კუჭის წყლულის სიხშირე იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად და თანაბრად არის გავრცელებული ქალებსა და მამაკაცებში (ინგლისი, 1990-91 წლები).

H.pylori-თი ინფიცირების ეპიდემიოლოგია განსხვავებულია განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში, აგრეთვე სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში. განვითარებად ქვეყნებში ბავშვების უმრავლესობა 10 წლის ასაკამდე ინფიცირდება *H.pylori*-თ და 20 წელზე მეტი ასაკის პირებს შორის აღნიშნული ინფექციის პრევალენსი 50-დან 90%-მდეა. აშშ-ში *H.pylori*-თი ინფიცირების პრევალენსი საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე თეთრკანიანებში 20%-ზე ნაკლებია.

ბერღი

როგორც მტკიცებულებები აჩვენებს, გასტროეზოფაგური რეფლუქსის ეპიზოდი თვეში ერთხელ მაინც აღენიშნება სხვა მხრივ ჯანმრთელი მოსახლეობის 36%-ს.

დასავლეთ სამყაროში (განვითარებულ ქვეყნებში) ბერღ-ის გავრცელება („პრევალენსი“) საკმაოდ მაღალია – 10-დან 20%-მდე. მისი აღმოცენების სიხშირე („ინსიდენსი“) მატულობს 40 წლის შემდგომ ასაკში. აშშ-ში ბერღ-ი კუჭ-ნაწლავის დაავადებებს შორის მე-3 ადგილზეა და ამ პათოლოგიით 20 მილიონზე მეტი ადამიანი დაავადებული. ბერღ-ის სიხშირე უფრო მაღალია ორსულ ქალებში. ბერღ-ის გართულებები უფრო ხშირია ხანდაზმულებში.

საშუალოდ, გართულებული ბერღ-ი (საყლაპავის მაკროსკოპიული დაზიანება ან დაზიანების ჰისტოლოგიური სურათი) მოსახლეობის 2%-ს აღენიშნება.

ბერღ-ით გამოწვეული ხარჯები საკმაოდ მაღალია და მისი 60% ანტისეკრეტორულ წამლებზე მოდის.

პროგნოზი

დისპეფსიის პროგნოზი

ძალზე მცირეა მონაცემები დისპეფსიის ბუნებრივი (მკურნალობის გარეშე) მიმდინარეობის შესახებ.

ჩვეულებრივ, დისპეფსიას ახასიათებს რეციდივები. აშშ-ში ჩატარებული კვლევების მიხედვით^{2, 3} პაციენტების 86%-ს 12-20 თვის შემდეგ კვლავ აღენიშნებათ დისპეფსიის სიმპტომები. დიდ ბრიტანეთში ჩატარებულმა კვლევებმა⁴ აჩვენა, რომ ასეთი პაციენტების რაოდენობა 2 წლის შემდეგ 74%-ია.

ასევე მცირეა ინფორმაცია შორეული პროგნოზის შესახებ არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტებში. შევედეთში ჩატარებული კვლევიტ არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტების ორ მესამედს 10 წლის შემდეგ იგივე სიმპტომები აღენიშნებოდათ. ამ პაციენტების უმეტეს ნაწილს გამხორციელებით აქვს გამოკვლეული კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი. იშვიათ შემთხვევებში ნანახი იყო რაიმე ორგანული პათოლოგია. სხვა კვლევების მსგავსად, ამ კვლევიტაც გამოვლინდა, რომ პაციენტების ნაწილის სიმპტომები წააგავდა გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მსგავს სიმპტომატიკას. პაციენტთა მცირე ჯგუფში, კლინიკური სიმპტომატიკა დროის განმავლობაში ცვლილებას განიცდიდა.

პეპტიური წყლული ასევე ქრონიკული მიმდინარეობით ხასიათდება, თუ არ ჩატარდა ჰბპ-ის ერადიკაციული მკურნალობა ან არ შეჩერდება ასას-ების მიღება. ჩვეულებრივ, როგორც თორმეტგოჯა ნაწლავის, ისე კუჭის წყლულის არსებობის შემთხვევაში, ზემოაღნიშნული მკურნალობის გარეშე, 1 წლის

² Talley NJ, Silverstein MD, Agréus L, Nyrén O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 1998;114:582–595.

³ El-Serag HB, Talley NJ. Systematic review: the prevalence and clinical course of functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2004;19:643–654.

⁴ Jones R, Lydeard S. Dyspepsia in the community: a follow-up study. Br J Clin Pract 1992;46:95–97.

შემდეგ პაციენტების 50-80%-ს კვლავ აღმოუცენდებათ პეპტიური წყლულის სიმპტომები⁵.

დისპეფსიის პროგნოზზე საუბრისას გასათვალისწინებელია, რომ ე.წ. საგანგაშო სიმპტომებისა და ნიშნების არსებობისას, შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს მალიგნიზაციას. პირველად ჯანდაცვაში დისპეფსიის სიმპტომების მქონე პაციენტების დაახლოებით 10%-ს აქვს საგანგაშო სიმპტომები⁶. თუმცა, საგანგაშო ნიშნების მქონე პაციენტების ძალიან მცირე ნაწილს აქვს კიბო, რადგან კუჭ-ნაწლავის ზედა ტრაქტის ავთვისებიანი სიმსივნეები საკმაოდ იშვიათია.

აღნიშნული მიუთითებს იმაზე, რომ საგანგაშო ნიშნების **დადებითი შედეგის წინასწარგანჭვრეტის ღირებულება** („ოპოტიური პრედიქტიული ღირებულება“) დაბალია, ხოლო **უარყოფითი შედეგის წინასწარგანჭვრეტის ღირებულება** („ნეგატიური პრედიქტიული ღირებულება“) საკმაოდ მაღალი; ე.ი. საგანგაშო ნიშნების არარსებობისას მალიგნიზაციის არსებობა მოსალოდნელი არ არის, ხოლო საგანგაშო ნიშნების არსებობისას კიბოს არსებობა სავარაუდოა, თუმცა დაბალი ალბათობით.

ამასთან, ისიც გასათვალისწინებელია, რომ საგანგაშო სიმპტომები კიბოს შემთხვევაში საკმაოდ გვიან ვითარდება და შორსწასული შემთხვევების გამო პროგნოზი ძალზე ცუდია – 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 10%-ზე ნაკლებია. მეორე მხრივ, კუჭ-ნაწლავის ზედა ტრაქტის კიბო, რომელიც ადრეულ ეტაპზეა გამოვლენილი, ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევაში, კარგი პროგნოზით ხასიათდება – 5 წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 80%. ამიტომ, არსებობს მოსაზრება, რომ შესაძლებელია სასარგებლო იყოს დისპეფსიის მქონე პაციენტების სკრინინგი კიბოს არსებობაზე; თუმცა, კვლევებმა არ დაადასტურა ენდოსკოპიური სკრინინგის მნიშვნელობა.

გერდ-ის პროგნოზი

ბერლ-ის მქონე პაციენტების უმრავლესობა (საშუალოდ 80-90%) არ მიმართავს ექიმს და მათი ნახავარი თვითმკურნალობას არჩევს.

პაციენტებს, რომლებიც ექიმს მიმართავენ, **ბერლ**-ის სიმპტომები ქრონიკულად უგრძელდებათ. გამოხატული ეზოფაგიტის არსებობისას, სიმტკომები უფრო ხშირია და ასეთ პაციენტების 25%-ში აღინიშნება დაავადების პროგრესირება. დაავადების პროგრესირება ნაკლებად სავარაუდოა, როცა ეზოფაგიტი არ აღინიშნება ან სუსტად არის გამოხატული (მტკიცებულების დონე **A, I**).

მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევაში პაციენტების 50-80%-ს 1 წლის შემდეგ განმეორებით უვითარდებათ **ბერლ**-ის სიმპტომები⁷.

⁵ Leodolter A, Kulig M, Brasch H, Meyer-Sabellek W, Willich SN, Malferttheiner P. A meta-analysis comparing eradication, healing and relapse rates in patients with Helicobacter pylori-associated gastric or duodenal ulcer. Aliment Pharmacol Ther 2001;15: 1949–1958.

⁶ საგანგაშო სიმპტომების შესახებ იხ. თავი 4 „კლინიკური სიმპტომატიკა და დიაგნოზი“, ქვეთავი „დისპეფსიის მქონე პაციენტის შეფასება: კლინიკური და პარაკლინიკური გამოკვლევები“.

⁷ Locke GR III. Natural history of nonerosive reflux disease. Is all gastroesophageal reflux disease the same? What is the evidence? Gastroenterol Clin North Am 2002;31(4 Suppl):S59–S66.

გართულებები, როგორცაა ბარეტის ეზოფაგიტი, საყლაპავის წყლულები, საყლაპავის სტრიქტურა ან ადენოკარცინომა საკმაოდ იშვიათია. მათი ალბათობა იზრდება, როცა ენდოსკოპიურად დასაწყისშივე აღინიშნება ეზოფაგიტი ან ბარეტის ეზოფაგიტი.

ბარეტის ეზოფაგიტის შემთხვევაში, როცა მცირე, 3სმ-ზე ნაკლები ზომის მეტაპლაზიები აღინიშნება, მალიგნიზაციის ხარისხი უმნიშვნელოა. 3-სანტიმეტრიანი და უფრო დიდი ზომის მეტაპლაზიის მალიგნიზაციის ხარისხი საკმაოდ მაღალია. ამიტომ აუცილებელია ასეთი მდგომარეობის პერიოდული მეთვალყურეობა.

სიმპტომური **ბერდ**-ი, როცა ენოსკოპიურად არ აღინიშნება საყლაპავის დაზიანება, კარგი პროგნოზით ხასიათდება.

3. ეტიოპათოგენეზი

დისპეფსიის ეტიოპათოგენეზი

დისპეფსიის ეტიოპათოგენეზზე საუბრისას გასათვალისწინებელია, რომ დისპეფსიის მქონე პაციენტის გამოკვლევისას ყველაზე ხშირად დგინდება შემდეგი დაავადებების არსებობა:

- კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის პეპტიური წყლული;
- გასტროეზოფაგური რეფლუქსი;
- კუჭის კიბო;
- ფუნქციური ანუ არაწყლულოვანი დისპეფსია (*ეს უკანასკნელი გამორიცხვით დასადგენი დიაგნოზია*).

იშვიათად დისპეფსიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- გასტროპარეზი (განსაკუთრებით დიაბეტით დაავადებულებში)
- ნახშირწყლების (ლაქტოზის, სორბიტოლის, მანიტოლის, ფრუქტოზის) მალაბსორბცია
- სანადვლე გზების დაავადებები
- ქრონიკული პანკრეატიტი
- პანკრეასის კარცინომა და მუცლის ღრუს სხვა სიმსივნეები
- ნაწლავის პარაზიტები *Giardia species, Strongyloides*
- შაქრიანი დიაბეტი
- ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები
- წამლისმიერი ეფექტები
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ინფილტრაციული დაავადებები (კრონის დაავადება, სარკოიდოზი)
- მეტაბოლური დარღვევები (ჰიპერკალემია, ჰიპერკალცემია)
- ჰეპატომა
- ნაწვლაგების იშემიური დაავადება
- პარათიროიდული ჯირკვლის პათოლოგია
- შემადგენელი ქსოვილის სისტემური დაავადებები
- თირკმლების უკმარისობა
- მიოკარდიუმის იშემია
- ორსულობა

ცხადია, თითოეულ ზემოჩამოთვლილთაგანს განსხვავებული ეტიოპათოგენეზი გააჩნია.

პეპტიური წყლულის ეტიოპათოგენეზი

პეპტიური წყლული წარმოადგენს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დეფექტს, რომლის დიამეტრიც აღემატება 5 მილიმეტრს და ვრცელდება ლორწვეშა შრეში.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ყველაზე ხშირად (შემთხვევათა 95%-ზე მეტში) ნაწლავის პირველ ნაწილში ვითარდება, როგორც წესი, პილორუსიდან 3 სმ-ის ფარგლებში. დიამეტრით, ჩვეულებრივ არ აღემატება 1 სანტიმეტრს. იშვიათად მისი ზომა შეიძლება 3-6 სანტიმეტრსაც აღწევდეს (ე.წ. გიგანტური წყლული). წყლული მკვეთრად შემოფარგლულია და სიღრმეში შეიძლება კუნთოვან შრემდეც აღწევდეს. საყურადღებოა, რომ **ძალზე იშვიათია მალიგნიზებული თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული.**

კუჭის წყლული შეიძლება კიბოს წარმოადგენდეს. კეთილთვისებიანი კუჭის წყლული ძირითადად ანტრალური და სეკრეტორული ზონების საზღვარზეა. კეთილთვისებიანი წყლული ძალზე იშვიათად ვითარდება კუჭის ფუნდუსში და ჰისტოლოგიურად თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს წააგავს.

ჩვეულებრივ, **ჰბპ-ით** გამოწვეული კუჭის წყლულს ახლავს ანტრალური გასტრიტიც; მაშინ, როცა არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით განპირობებული წყლულთან არ არის ასოცირებული ქრონიკული აქტიური გასტრიტი.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ქრონიკული წყლული უხშირესად (შემთხვევათა 90%-ში) გამოწვეულია **ჰბპ-ით**.

კუჭის ქრონიკული წყლულიც ძირითადად **ჰბპ-ით** არის გამოწვეული (შემთხვევათა 70%).

კუჭის ქრონიკული წყლულის მომდევნო მიზეზია **ანთებისაწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები**, მათ შორის, დაბალი დოზით დანიშნული ასპირინი.

პეპტიური წყლულის განვითარებაში პათოგენეზური მნიშვნელობა აქვს **თამბაქოს წვეასაც**. ერთი მხრივ, თამბაქოს მწვევლებში უფრო ხშირია პეპტიური წყლული. მეორე მხრივ, თამბაქოს მწვევლებში პეპტიური წყლული მკურნალობას უფრო ძნელად ემორჩილება, უფრო დაბალია განკურნების მაჩვენებელი და უფრო ხშირია გართულებები (მაგ. პერფორაცია). თამბაქოს წვეის აღნიშნული ზეგავლენა პეპტიური წყლულის ჩამოყალიბებაზე, მის მიმდინარეობასა და მკურნალობაზე გარკვეული არ არის.

წყლულის განვითარების ძალზე იშვიათი მიზეზია **„ცოლინგერ-ელისონის სინდრომი“ (Zollinger-Ellison)**, რომლის საფუძველია გასტრინის მაპროდუცირებელი სიმსივნის „გასტრინომის“ არსებობა.

პეპტიური წყლულის არსებობასთან ასოცირებულია შემდეგი ქრონიკული დაავადებებიც:

- სისტემური მასტოციტოზი;
- ფილტვების ქრონიკული დაავადებები;
- თირკმლების ქრონიკული უკმარისობა;

- ციროზი;
- ნეფროლითიაზი;
- α -ანტიტრიფსინის დეფიციტი.

მიუხედავად იმის, თუ რა აგენტის ზემოქმედებით არის გამოწვეული პეპტიური წყლული, მისი განვითარება განპირობებულია დისბალანსით ლორწოვანი გარსის დამცავ/აღმდგენ ფაქტორებსა და აგრესიულ ფაქტორებს შორის.

არაწყლულოვანი (ფუნქციური) დისპეფსიის ეტიოპათოგენეზი

არაწყლულოვანი დისპეფსიის (იგივე ფუნქციური დისპეფსია) მექანიზმების ასახსნელად მოწოდებულია რამოდენიმე ვერსია: პერისტალტიკის დარღვევები, პერისტალტიკისგან დამოუკიდებელი დარღვევები (ჰბპ-ით ინფექციის ჩათვლით) და ფსიქოლოგიური ფაქტორებით განპირობებული.

პერისტალტიკის დარღვევები

არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტთა ნაწილს გასტროეზოფაგური რეფლუქსის ანამნეზი აქვს. 25%-ზე მეტი აღნიშნავს გულძმარვას.

არაწყლულოვანი დისპეფსიის პათოფიზიოლოგიაში პერისტალტიკის დარღვევების როლის გამოსავლენად ჩატარებული გამოკვლევების (კუჭის დაცლის სცინტიგრაფია, ელექტროგასტროსკოპია და მანომეტრია) შედეგად შემთხვევათა 25-60%-ში პერისტალტიკის რაღაც ხარისხით გამოხატული დარღვევა გამოვლინდა. კუჭის დაცლის პრობლემები სუსტად კორელირებს არაწყლულოვანი დისპეფსიის კლინიკურ სიმპტომატიკასთან. პაციენტების თვითშეგრძნება შეიძლება გაუმჯობესდეს ან არ შეიცვალოს პროკინეტიკური წამლების დანიშვნის შემდეგ. მათი ზემოქმედებით პერისტალტიკა უმჯობესდება, თუმცა დისპეფსიის ხარისხი იგივე რჩება.

არაწყლულოვანი დისპეფსიის კიდევ ერთ შესაძლო მიზეზად მოიაზრება ნაღვლის ბუშტის დაგვიანებული დაცლა და ოდის სფინქტერის დისფუნქცია, თუმცა არ მოიპოვება სათანადო კვლევები რომლებიც აღნიშნულს დაადასტურებდნენ.

არაპერისტალტიკური დარღვევები

არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტთა ნაწილს აღნიშნება ჰიპერემიული აჭრელებული შესახედაობის კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანი, რაც ბადებს ეჭვს, რომ დუოდენიტი შეიძლება დისპეფსიის კლინიკური სიმპტომატიკის საფუძველი იყოს. თუმცა, არ არსებობს კორელაცია დუოდენიტისა და დისპეფსიის კლინიკური სიმპტომატიკის სიმწვავეს შორის, და არც მკურნალობასა და ენდოსკოპიურად ლორწოვანის ზედაპირის გაუმჯობესების ხარისხს შორის.

ჰბპ-ით ინფიცირება როგორც არაწყლულოვანი დისპეფსიის (ისევე როგორც წყლულოვანი დაავადების) სავარაუდო მიზეზი, ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული თეორიაა. მიუხედავად იმისა, რომ ნანახი იქნა ჰბპ-ით ინფექციის მაღალი პრევალენტობა არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტებში, ერადიკაციულმა მკურნალობამ პაციენტების ნაწილში

თვითშეგრძნება ვერ გააუმჯობესა. ამიტომ ჰბპ-ით ინფექციის როლი არაწყლულოვანი დისპეფსიის პათოგენეზში კვლავ სათუო რჩება.

სხვა სავარაუდო პათოფიზიოლოგიური მექანიზმებიდან აღსანიშნავია: ნაღვლის რეფლუქსი კუჭში, ვირუს-ინდუცირებული გასტრიტი, ნახშირწყლების მაღაბსორბცია, პარაზიტული ინფექცია და ვისცერული ზემოგრძნობელობა. თუმცა არ არსებობს ამ თეორიების გამამყარებელი რაიმე მტკიცებულებები.

ფსიქოლოგიური ფაქტორები

არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტებში ჯანმრთელ პოპულაციასთან, აგრეთვე, კუჭის წყლულით დაავადებულ პაციენტებთან შედარებით უფრო მაღალია შფოთვისა და დეპრესიის მაჩვენებელი. არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტებში ხშირია მთელი რიგი სხვა სომატური ჩივილებიც.

ანამნეზში ძალადობა (ბავშვობის ასაკში) და ცხოვრებისეული სტრესები კორელირებს არაწყლულოვანი დისპეფსიის კლინიკური სიმპტომების სიმწვავესა და გამწვავებებთან. საყურადღებოა, რომ არაწყლულოვანი დისპეფსიას უკავშირებენ გალიზიანებულ ნაწლავის სინდრომსაც, რომელიც, თავის მხრივ, სტრესთან არის დაკავშირებული.

კომბინირებული ზემოქმედება

არაწყლულოვანი დისპეფსიის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმის უკეთესი ახსნა შესაძლოა იყოს ფსიქოლოგიური სიმპტომების, პერისტალტიკის დარღვევების, ჰბპ-ით ინფექციის ერთობლივი ზეგავლენა. შესაბამისად, არაწყლულოვანი დისპეფსიის მართვის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს როგორც ფიზიოლოგიური, ისე ფსიქოლოგიური ფაქტორებიც. თუმცა, არ არსებობს რანდომიზებული კვლევა, რომელიც დაადასტურებდა ასეთი მიდგომის ეფექტურობას.

ბმრდ-ის ეტიოპათოგენეზი

ყველაზე ხშირად კუჭიდან საყლაპავში სიმუავის გადასვლის, ანუ რეფლუქსის მიზეზია საყლაპავის ქვედა სფინქტერის გარდამავალი რელაქსაცია. ჯანმრთელ პირებში აღნიშნული მექანიზმით რეფლუქსი გამოწვეულია შემთხვევათა 90%-ში, ხოლო ბმრდ-ის მქონე პირებში – 75%-ში.

ბმრდ-ის დროს საყლაპავის ქვედა სფინქტერის გარდამავალი რელაქსაცია უფრო ხანგრძლივი და ხშირია.

შედარებით იშვიათად, რეფლუქსის მიზეზი შეიძლება იყოს *ინტრა-აბდომინური წნევის მატება* ან *საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ბაზისური ტონუსის დაქვეითება*. საყურადღებოა, რომ ბმრდ-ის მქონე პაციენტების უმრავლესობას საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ბაზისური ტონუსი ნორმალური აქვთ.

რეფლუქსის მიზეზებს შორის ზოგჯერ სახელდება *კუჭის გვიან დაცლა* (ზოგიერთი მონაცემით ის *ბერღ*-ის შემთხვევების 20%-ში ვლინდება), *დაქვეითებული სალივაცია* და *საყლაპავის დაქვეითებული კლირენსი*. ეს უკანასკნელი გულისხმობს საყლაპავის დაქვეითებულ დაცლას. ნერწყვის გამოყოფა (სალივაცია) მნიშვნელოვანია საყლაპავში მოხვედრილი მჟავას გასანეიტრალებლად.

გასტროეზოფაგური რეფლუქსის განვითარების რისკს ზრდის თამბაქოს წევა, დიდი რაოდენობით საკვების მიღება, ცხიმოვანი საკვები, კოფეინი, ორსულობა, სიმსუქნე, სხეულის პოზა (წოლა საკვების მიღების შემდეგ), გარკვეული წამლები (მაგალითად, კალციუმის ანტაგონისტები, თეოფილინი, ნიტრატები, ბეტა-აგონისტები, ალფა-აგონისტები, ბენზოდიაზეპინები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, ანტიქოლინერგული საშუალებები^{2,4}) და ჰორმონები. ამიტომ აღნიშნული ფაქტორების ზემოქმედებით *ბერღ*-ის მიმდინარეობა უარესდება.

ბერღ-თან შეიძლება ასოცირებული იყოს დიაფრაგმის ხვრელის თიაქარი. დიაფრაგმის თიაქარი გვხვდება ადამიანების დაახლოებით 10%-ში. ამ დროს კუჭის ნაწილი დიაფრაგმის დეფექტური ხვრელის საშუალებით აღმოჩნდება გულმკერდის ღრუში. კლინიკურად იშვიათად არის სიმპტომური, თუმცა მდგომარეობამ შესაძლოა გამოიწვიოს საყლაპავის ქვედა სფინქტერის სისუსტე და ამ უკანასკნელმა თავის მხრივ კუჭის მჟავე შიგთავსის რეფლუქსი საყლაპავში, რაც კლინიკურად გულმკერდით გამოვლინდება.

დიაფრაგმის ხვრელის თიაქრის მქონე პირები უფრო მიდრეკილნი არიან გულმკერდისკენ ვიდრე ამ დეფექტის არმქონენი. თუმცა, საყლაპავის დიაფრაგმის ხვრელის მქონე ყველა პაციენტს არ უვლინდება გულმკერდა და გულმკერდის მქონე პაციენტთა ნაწილს არ აღენიშნება დიაფრაგმის ეს დეფექტი.

ამრიგად, *ბერღ*-ი ვითარდება ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორების/ მიზეზების კომბინირებული ზემოქმედების შედეგად, რომელთაგან ყველაზე ხშირი და მნიშვნელოვანი მიზეზია საყლაპავის ქვედა სფინქტერის გარდამავალი რელაქსაცია.

ცხრილში №1 შეჯამებულია *ბერღ*-ის გამომწვევი და ხელშემწყობი ფაქტორები.

ბერდ-ის გამომწვევი მიზეზები და ხელშემწყობი ფაქტორები

ბერდ-ის გამომწვევი მიზეზები

- საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ხშირი და გახანგრძლივებული გარდამავალი რელაქსაცია (ყველაზე ხშირი მიზეზი);
- ინტრა-აბდომინური წნევის მატება;
- საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ბაზისური ტონუსის დაქვეითება;
- კუჭის გვიან დაცლა;
- დაქვეითებული სალივაცია;
- საყლაპავის დაქვეითებული კლირენსი (დაცლა);
- დიაფრაგმის ხერხელის თიაქარი.

ბერდ-ის ხელშემწყობი ფაქტორები:

- თამბაქოს წევა;
- დიდი რაოდენობით საკვების მიღება;
- ცხიმოვანი საკვები;
- კოფეინი;
- ორსულობა;
- სიმსუქნე;
- სხეულის პოზა (წოლა საკვების მიღების შემდეგ);
- წამლები, მაგალითად:
 - კალციუმის ანტაგონისტები;
 - თეოფილინი;
 - ნიტრატები;
 - ბეტა-აგონისტები;
 - ალფა-აგონისტები;
 - ბენზოდიაზეპინები;
 - ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები;
 - ანტიქოლინერგული საშუალებები.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა და დიაგნოზი

დისპეფსიის სიმპტომები და დიაგნოზი

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

- პოსტპრანდიული⁸ სისავსის შეგრძნება მუცელში,
- ადვილად დანაყრება,
- ტკივილის ან წვის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში.

დისპეფსიის დიფერენციული დიაგნოზი

ქვემოთ მოცემულია დისპეფსიის გამომწვევი მიზეზები და მათი სავარაუდო პრევალენსი, საიდანაც ჩანს, რომ დისპეფსიის ორგანული სუბსტრატის დადგენა შემთხვევათა უმრავლესობაში შეუძლებელია – ე.წ. არაწყლულოვანი დისპეფსია, ანუ ფუნქციური დისპეფსია.

სისშირის მიხედვით მეორე ადგილზეა წყლულით განპირობებული დისპეფსია. ამრიგად, დიფერენციული დიაგნოზის დროს თუ ქვემოთ ჩამოთვლილი მიზეზებიდან ვერ დადგინდა ორგანული სუბსტრატის მქონე რომელიმე დაავადების არსებობა, ისმება არაწყლულოვანი დისპეფსიის, ანუ ფუნქციური დისპეფსიის დიაგნოზი (ცხრილი №2).

ცხრილი №2

დისპეფსიის გამომწვევი 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
ბილიარული ტრაქტის დაავადებები	იშვიათი
გასტროპარეზი	იშვიათი
პანკრეატიტი	იშვიათი
ნახშირწყლების (ლაქტოზის, სორბიტოლის, მანიტოლის, ფრუქტოზის) მალაბსორბცია	იშვიათი
წამლისმიერი ეფექტები	იშვიათი
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ინფილტრაციული დაავადებები(კრონის დაავადება, სარკოიდოზი)	იშვიათი
მეტაბოლური დარღვევები (ჰიპერკალემია, ჰიპერკალცემია)	იშვიათი
ჰეპატომა	იშვიათი
ნაწვლავების იშემიური დაავადება	იშვიათი

⁸ პოსტპრანდიული – ჭამის (საკვების მიღების) შემდგომი

შაქრიანი დიასბეტი	იშვიათი
ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები	იშვიათი
პარათიროიდული ჯირკვლის პათოლოგია	იშვიათი
შემამერთებელი ქსოვილის სისტემური დაავადებები	იშვიათი
ნაწლავის პარაზიტები Giardia species, Strongyloides	იშვიათი
მუცლის ღრუს სიმსივნეები (განსაკუთრებით პანკრეასის კიბო)	იშვიათი
პრევალენსი ემყარება დისპეფსიის მქონე პაციენტების ენდოსკოპიური კვლევის შედეგებს.	

დისპეფსიის სიმპტომების კავშირი გამოთქვებში მიზეზებთან

დისპეფსია, როგორც ასეთი, არ წარმოადგენს ნოზოლოგიას, არამედ სიმპტომების ერთობლიობას.

დისპეფსიის განმსაზღვრელ სიმპტომებს (პოსტპრანდიული სისხვის შეგრძნება მუცელში, ადვილად დანაყრება და/ან ტკივილის ან წვის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში) ხშირად თან ახლავს სხვა სიმპტომებიც – მუცლის შებერვის შეგრძნება და პირღებინება. დისპეფსიას შეიძლება ახლდეს გერდ-ის სიმპტომებიც (გულმმარვა და მუავას რეგურგიტაცია). დიაგნოზისთვის მნიშვნელოვანია გამოიყოს წამყვანი სიმპტომი. იმ შემთხვევაში როდესაც წამყვანი სიმპტომებია ტკივილი და/ან დისკომფორტი, შეგვიძლია ვისაუბროთ დისპეფსიაზე; თუ წამყვანი სიმპტომებია გულმმარვა და/ან მუავას რეგურგიტაცია, მაღალი სარწმუნოებით შეიძლება ვივარაუდოთ გერდ-ის არსებობა.

დისპეფსია როგორც სიმპტომი ან სიმპტომების ერთობლიობა, ნაკლები კლინიკური ღირებულებისაა, რადგან მხოლოდ სიმპტომის საფუძველზე ძნელია მის უკან მდგომი პათოფიზიოლოგიური პროცესის ამოცნობა – პეპტიური წულული, კიბო, ფუნქციური დისპეფსია და სხვ. (იხ. ზემოთ „დიფერენციული დიაგნოზი“). მაგალითად, კუჭის წყლულის, წინასწარი (სიმპტომების საფუძველზე დასმული) დიაგნოზი, როგორც დისპეფსიის სავარაუდო მიზეზი, ენდოსკოპიით შემთხვევათა მხოლოდ 1/3-ში დადასტურდა. მეორე მხრივ, კუჭის წყლულის შემთხვევათა ნახევარი წინასწარ შეცდომით იქნა შეფასებული როგორც არაწყლლოვანი დისპეფსია.

ამრიგად, დისპეფსის სიმპტომების შეფასება არ გვაძლევს დისპეფსიის გამოიწვევე მიზეზის დიაგნოზის დასმის საშუალებას.
(რეკომენდაციის ხარისხი C)

დისპეფსიის მქონე პაციენტის შეფასება: კლინიკური და პარაკლინიკური გამოკვლევები

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 მოსხენიებული ფაქტორების გათვალისწინებით.

საგანგაშო სიმპტომები და სიმსივნის რისკი დისპეფსიის დროს

დისპეფსიის საგანგაშო ნიშნებად და სერიოზული ორგანული პათოლოგიების პრედიქტორებად (კუჭის კიბო, 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)

არ არსებობს გამოკვეთილი მტკიცებულებები საგანგაშო სიმპტომების შემთხვევაში საექიმო ტაქტიკის შესახებ. ზოგიერთი კვლევებით საგანგაშო სიმპტომები მიჩნეულ იქნა სერიოზული გასტროინტესტი-ნური პათოლოგიის პრედიქტორად, თუმცა სხვა კვლევებით ეს ასოციაციური კავშირი ვერ დადასტურდა.

3815 პაციენტზე ჩატარებულმა მულტიცენტრულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ პაციენტებში, რომელთაც დისპეფსიის გამო პირველად ჩაუტარდათ ენდოსკოპია, მამრობითი სქესის, 45 წელს ზემოთ ასაკი და ანემია, გასტროინტესტინური ტრაქტის ორგანული პათოლოგიის მნიშვნელოვანი, თუმცა სუსტი პრედიქტორია. ნაჩვენები იქნა, რომ ასაკი და საგანგაშო სიმპტომები დისპეფსიის დროს არ წარმოადგენენ ენდოსკოპიური კვლევის მოსალოდნელი შედეგის პრედიქტორებს.

მეორე მხრივ, რამოდენიმე კოჰორტულმა კვლევამ აჩვენა, რომ გასტროინტესტინური სიმსივნის მქონე, ახალგაზრდა (ასაკობრივი ინტერვალი მერყეობდა 45 წლამდე და 55 წლამდე კატეგორიებში) პაციენტების 95%-ს აღენიშნებოდა ერთზე მეტი საგანგაშო სიმპტომი.

ამრიგად, დისპეფსიის მქონე პოპულაციაში ზოგი საგანგაშო სიმპტომი, (ანემია, 45 წელს ზემოთ ასაკთან და მამრობით სქესთან ერთად) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის კიბოს სუსტი პრედიქტორია. ამასთან, დისპეფსიის მქონე გასტროინტესტინური ტრაქტის სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში, თითქმის ყოველთვის გვაქვს რომელიმე საგანგაშო სიმპტომი.

ასაკი და კუჭის კიბო

1998 წლის ამერიკის გასტროენტეროლოგთა ასოციაციის და გასტროენტეროლოგთა მსოფლიო კონგრესის სამუშაო კლასის რეკომენდაციით 45 და 50 წელს გადაცილებულ პაციენტებს, რომელთაც ახლად გამოვლენილი დისპეფსია აქვთ, საწყის ეტაპზე უნდა ჩაუტარდეთ ენდოსკოპიური კვლევა. ეს რეკომენდაცია არ არის მტკიცებულებაზე დამყარებული და ეყრდნობა იმ მოსაზრებას, რომ გაურთულებელი დისპეფსიის ემპირიული მკურნალობა პაციენტთა ამ ჯგუფში კუჭის კიბოს დიაგნოზის დასმის დაგვიანებას გამოიწვევს, რასაც შეიძლება პაციენტის შემდგომ გამოსავალზე დრამატული შედეგი ექნეს.

ჩატარებულმა სისტემურმა კვლევებმა ვერ გამოავლინა ვერცერთი მტკიცებულება, რომელიც აჩვენებდა, რომ ემპირიულ მკურნალობას უარყოფითი გამოსავალი აქვს გაურთულებელი დისპეფსიური ჩივილებით მიმდინარე კუჭის კიბოს მქონე პაციენტებში.

ამრიგად, არ არსებობს მტკიცებულებები 55 წელს გადაცილებულ გაურთულებელი დისპეფსიის ახალი შემთხვევის მქონე პაციენტებში ენდოსკოპიის ადრეული გამოყენების ხარჯთეჭურობის 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)

ასაკისა და საგანგაშო ნიშნების თანაარსებობა

ენდოსკოპიის მნიშვნელობა და მისი ჩატარების აუცილებლობის არგუმენტები გაცილებით მეტია დისპეფსიის მქონე 50 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებისათვის, რომლებსაც იმავდროულად აღენიშნებათ საგანგაშო ნიშნები.

დისპეფსიის საგანგაშო ნიშნები ასაკის გათვალისწინებით მოცემულია ქვემოთ:

ა) 50 წელს გადაცილებული ასაკი დისპეფსიის პირველი სიმპტომის გამოვლინებისას:

- გასტროინესტინური ტრაქტის ზედა ნაწილის სიმსივნის ოჯახური ანამნეზი
- წონაში გაურკვეველი კლება
- გასტროინტესტინური სისხლდენა და რკინადეფიციტური ანემია
- პროგრესული დისფაგია
- ოდინოფაგია
- პერსისტული ღებინება
- პალპირებადი სიმსივნე ან ლიმფადენოპათია
- სიყვითლე

ბ) 55 წელს გადაცილებული დისპეფსიის მქონე პაციენტებისათვის:

- ანამნეზში კუჭზე ჩატარებული ოპერაცია
- პერინიციოზული ანემია
- კუჭის კიბოს ოჯახური ანამნეზი

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

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

(რეკომენდაციის ხარისხი C)

ენდოსკოპია თუ ბარიუმის ფაფა საბანგაშო სიმპტომების შემთხვევაში

ენდოსკოპია კურაბელური კუჭის კიბოს სადიაგნოსტიკო უფრო მგრძობიარე მეთოდია ვიდრე ბარიუმის ფაფით დიაგნოსტიკა. ენდოსკოპია სავარაუდოდ ავლენს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ეროზიასაც.

კარგად ჩატარებული ბარიუმის ფაფით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კვლევა კუჭ-ნაწლავის სერიოზული პათოლოგიის გამოსავლენი კარგი მეთოდია. თუმცა, დიდია გამოკვლევის დროს გამოყენებული გამოსხივების დოზა (2mSV), რაც ფონური რადიაციის II თვის დოზაა.

ბარიუმის ფაფით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიკის რენტგენოლოგიური კვლევის მეთოდის გამოყენების წინააღმდეგია „პაციენტებზე სამედიცინო რადიაციის მარეგულირებელი ევროკავშირის ორგანიზაცია“.

ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ენდოსკოპიის მისაღებ ალტერნატივად ჩაითვლება მხოლოდ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის მრავალფაზური კონტრასტული რადიოლოგიური კვლევა ბარიუმით (და არა ერთჯერადი კონტრასტული რადიოლოგიური კვლევა), რომელსაც ატარებს გამოცდილი რადიოლოგი. თუმცა, ასეთი გამოკვლევა მაინც ვერ იქნება ენდოსკოპიის სრულყოფილი ალტერნატივა.

გასტროინტესტინური ტრაქტის ზედა ნაწილის ენდოსკოპია ითვლება არჩევის მეთოდად, როდესაც პაციენტის დამატებითი კვლევაა მოწოდებული და იგი ფართოდ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.

(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)

Helicobacter Pylori-მ ინფექციის სადიაგნოზო ტესტირება:

ჰპპ-ით ინფიცირების ფაქტის დადგენა გარკვეულ შემთხვევებში მნიშვნელოვანია მკურნალობის მეთოდის შესარჩევად.

ქვემოთ ჩამოთვლილია ჰპპ-ით ინფიცირების სადიაგნოზო ტესტების გამოყენების ჩვენებები:

- რეკომენდებულია:**
- თორმეტგოჯა ნაწლავისა და კუჭის წყლული (ამუამად 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 *Helicobacter pylori*-ით აქვთ ინფექცია;
 - პაციენტის სურვილი ჩაიტაროს ტესტირება;
 - ყველა პაციენტს, რომლებსაც დაუდგინდათ *Helicobacter pylori*-ით აქტიური ინფექცია, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა.

ჰბპ-ით ინფექციის სადიაგნოზოდ გამოიყენება შემდეგი ტიპის ლაბორატორიული გამოკვლევები:

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

დიაგნოსტიკური ტესტების შედარებითი სიზუსტის შეფასებისას გამოვლინდა რომ სეროლოგიური ტესტები (მგრძნობელობა 92%, სპეციფიურობა 83%) თავისი სიზუსტით ჩამოუვარდება შარდოვანას სუნთქვით ტესტსა (მგრძნობელობა 95%, სპეციფიურობა 96%) და განავლოვანი ანტიგენის ტესტს (მგრძნობელობა 95%, სპეციფიურობა 94%). შესაბამისად, დაბალია ტესტის დადებითი პრედიქტული ღირებულებაც – 64%. შარდოვანას სუნთქვითი ტესტისა და განავლოვანი ანტიგენის ტესტისათვის იგივე მანვნებელი შესაბამისად არის 88% და 84% (I).

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგერთმა სეროლოგიურმა ტესტმა აჩვენა მაღალი (90%-ზე მეტი) მგრძნობელობა და სპეციფიურობა, არ შეიძლება შედეგის ექსტრაპოლირება ნებისმიერ ლოკალურად ჩატარებულ სეროლოგიურ ტესტზე (III).

Helicobacter pylori-ით ინფექციის სადიაგნოზო ტესტის შერჩევისას მნიშვნელოვანია, თუ როდის ხდება პაციენტის შეფასება, პირველად თუ მკურნალობის შემდეგ.

სადიაგნოზო ტესტები პაციენტებისათვის რომელთაც მანამდე არ ჰქონდათ დასმული *Helicobacter pylori*-თ ინფექციის დიაგნოზი

პაციენტებისათვის, რომლებსაც მანამდე არ ჰქონდათ დასმული ჰბპ-ით ინფექციის დიაგნოზი, გამოსადეგია შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი, განავლოვანი ანტიგენის ტესტი და სეროლოგიური ტესტი.

შეჯამებული მტკიცებულებების საფუძველზე განავლოვანი ანტიგენის, შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის და ზოგიერთი სეროლოგიური ტესტის მგრძნობელობა აღემატება 90%-ს

შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის და განავლოვანი ანტიგენის ტესტის ჩატარებამდე, სულ მცირე, 2 კვირით ადრე, უნდა მოიხსნას პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი ხოლო 4 კვირით ადრე – ნებისმიერი ანტიბიოტიკი.

ერთი სისტემური კვლევის საფუძველზე არსებობს მტკიცებულება, რომ პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორით მკურნალობა ამცირებს განავლოვანი ანტიგენისა და შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის სიზუსტეს. პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების ნეგატიური ეფექტი ქრება პრეპარატის შეწყვეტიდან 1-2 კვირის შემდეგ.

ამრიგად, პაციენტებს, რომლებსაც მანამდე არ ჰქონდათ დასმული ჰბპ-ით ინფექციის დიაგნოზი, ამ ინფექციის არსებობის შესაფასებლად უნდა ჩაუტარდეს შემდეგი გამოკვლევები:

- შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი (იმ შემთხვევაში თუ პაციენტს ბოლო 14 დღის მანძილზე არ აქვს მიღებული პტი ინჰიბიტორი ან ბოლო 28 დღის მანძილზე ანტიბიოტიკი)
- განავლოვანი ანტიგენის ტესტი (იმ შემთხვევაში თუ პაციენტს ბოლო 14 დღის მანძილზე არ აქვს მიღებული პტი ინჰიბიტორი ან ბოლო 28 დღის მანძილზე ანტიბიოტიკი)
- ლოკალურად ვალიდური სეროლოგიური ტესტი⁹

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

(რეკომენდაციის ხარისხი A)

სადიაგნოზო ტესტები პაციენტებისათვის პაციენტებისათვის რომელთაც მანამდე ჰქონდათ დასმული *Helicobacter pylori*-თ ინფექციის დიაგნოზი და ჩაუტარდათ ერადიკაციული თერაპია:

- განმეორებითი ტესტირება უნდა ჩატარდეს მკურნალობიდან სულ მცირე 4 კვირის შემდეგ;
- სასურველია შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის გამოყენება. თუ ამ უკანასკნელის ჩატარება ვერ ხერხდება, შესაძლებელია განავლოვანი ანტიგენის ტესტის გამოყენებაც;
- ტესტირებამდე 14 დღით ადრე უნდა შეწყდეს პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის მიღება, ხოლო ანტიბიოტიკის მიღება უნდა შეჩერდეს ტესტირებამდე 28 დღით ადრე;
- სეროლოგიური დიანგოსტიკა რეტესტირებისთვის (ერადიკაციის შემდგომი განმეორებითი ტესტირებისათვის) რეკომენდებული არ არის, რადგან მეთოდი „პოულობს“ ჰბპ-ის მიმართ წარმოქმნილ ანტისხეულებს და ვერ ანსხვავებს გადატანილ ინფექციას აქტიური ინფექციისაგან.

არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები განმეორებით ტესტირებისათვის განავლოვანი ანტიგენის ტესტის გამოყენების თაობაზე.

შარდოვანას სუნთქვითი ტესტისათვის უპირატესობის მინიჭება ემყარება მტკიცებულებებს, რომლებმაც აჩვენა, რომ იმ პირების განმეორებითი გამოკვლევისას, რომლებსაც ჩაუტარდათ ერადიკაციული მკურნალობა,

⁹ რეკომენდაციები ეფუძნება NICE (The National Institute for Clinical Excellence), ჩრდილო ინგლისის დისპენსიის გაუდლაინის განვითარების ჯგუფის, 2004წ, ბრიტანეთის ნაციონალური ფორმულარის, მასტრისტის III კონსენსუსის ექსპერტთა შეხვედრის მონაცემებს (50 ექსპერტი 26 ქვეყნიდან და პლიუს გამოქვეყნებული მტკიცებულებები) რომელიც გამოქვეყნებულია ევროპის ჰელიკობაქტერის კვლევის ჯგუფის (EHSG) მიერ. [Malfertheiner et al, 2007].

განავლოვანი ანტიგენის ტესტის სიზუსტე ჩამოუვარდება შარდოვანას სუნთქვითი ტესტისას.

ამასთან, ექსპერტების კონსენსუსის საფუძველზე, განავლოვანი ანტიგენის ტესტის ერადიკაციული მკურნალობის ჩატერების შემდგომ გამოყენება შეიძლება მაშინ, როცა შარდოვანას სუნთქვით ტესტის ჩატარების შესაძლებლობა არ არის. ექსპერტთა რეკომენდაციით რეტესტირება ერადიკაციული მკურნალობიდან სულ მცირე 4 კვირის შემდეგ უნდა ჩატარდეს.

ჰბპ-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 ჰბპ-ით ინფექციის ერადიკაციის ინდიკატორად არ გამოდგება.

(რეკომენდაციის ხარისხი B, დონე IIa)

კუჭის კიბოს ან გართულებული თორმეტგოჯას წყლულის მქონე პაციენტებში ჰბპ-ით ინფექციის ერადიკაციული მკურნალობის შემდეგ უნდა მოხდეს ერადიკაციის დადსტურება. კუჭის წყლულის მქონე პაციენტებში ჩატარეთ განმეორებითი ენდოსკოპია. თანმხლები ბიოფსია ტარდება კუჭის კიბოზე ეჭვის დროს. დამატებითი ბიოფსია შესაძლოა ჩატარდეს ჰბპ-ით ინფექციის არსებობის განსაზღვრის მიზნით. გართულებული 12-გოჯას წყლულის მქონე პაციენტებში ან გაიმეორეთ ენდოსკოპია ბიოფსიით ან ჩატარეთ შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი. თუ შარდოვანას სუნთვითი ტესტის ჩატარება ვერ ხერხდება, ჩატარეთ განავლოვანი ანტიგენის ტესტი. 12-გოჯას წყლულის მქონე პაციენტებში, რომლებიც ერადიკაციული მკურნალობის შემდეგაც სიმპტომურები რჩებიან ნაჩვენებია შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის ჩატარება.

სეროლოგიური ტესტები

კლინიკურ პრაქტიკაში უკვე დანერგილია ჰბპ-ის საწინააღმდეგო IgG-ის კვლევა. IgM და IgA ანტისხეულების კლინიკაში გამოყენებას არ აღმოაჩნდა პრაქტიკული ღირებულება.

ჰბპ-ის საწინააღმდეგო IgG ანტისხეულების სისხლში ჩნდება ინფიცირებიდან 4 კვირისთვის. სეროლოგიური კვლევისათვის მოწოდებულია შემდეგი მეთოდები:

- ELISA;
- იმუნოქრომატოგრაფია;
- Western-Blotting;

ორი მეტაანალიზის საფუძველზე **ჰბპ**-ით ინფექციის სადიაგნოზი სეროლოგიური ტესტების მგრძობელობა ჩვეულებრივ 85%-ს აღემატება. თუმცა, სეროლოგიური ტესტების მგრძობელობა და სპეციფიკურობა სხვადასხვა პოპულაციაში სხვადასხვაა. ეს აიხსნება, სხვადასხვა პოპულაციაში **ჰბპ**-ით ინფექციის სხვადასხვა შტამის არსებობით და სხვადასხვა პოპულაციის განსხვავებული იმუნური პასუხით. ამიტომაც სეროლოგიური ტესტი ლოკალურად (მოცემული ქვეყნის თუ რეგიონის პოპულაციისათვის) ვალიდური უნდა იყოს.

დაბალი პრევალენსის მქონე პირებში, მეთოდის დაბალი პრედიქტიული ღირებულების გამო, სეროლოგიური ტესტების რუტინული გამოყენება არ არის რეკომენდებული¹⁰.

სეროლოგიური ტესტით ვერ ვლდინდება აქტიური ინფექციის მქონე პაციენტები. მას უბრალოდ შეუძლია გამოავლინოს პირები, რომელთაც **ჰბპ**-ის ანტიგენთან როდესმე კონტაქტი ჰქონიათ. ეს ნიშნავს, რომ პაციენტთა დიდ ნაწილს ექნება ცრუ დადებით შედეგი და არასწორად იქნებიან ნამკურნალევენი და ვერ იქნება ამოცნობილი მათი სიმპტომების ძირითადი მიზეზი. ამასთან, სეროლოგიური ტესტები არ გამოდგება ბავშვებში და არასანდოა მათი გამოყენება ასაკოვან პაციენტებში.

სეროლოგიური ტესტების მექანიზმი ემყარება **ჰბპ**-ის ინფექციის საწინააღმდეგო **IgG**-ის აღმოჩენას. ბავშვებში ტესტის გამოუსადეგობა აიხსნება, იმით რომ ორგანიზმის იმუნური პასუხის გამომუშავებამდე (დაავადების რამოდენიმე კვირიდან რამოდენიმე თვემდე) პერიოდში, შედეგი ცრუ უარყოფითია. ენზიმ –შეკავშირებული იმუნოაბსორბციული სეროლოგია შეიძლება იყოს სადიაგნოზო ალტერნატივა, თუმცა იგი თავისი სიზუსტით ჩამოუვარდება შარდოვანას სუნთქვით და განავლოვან ანტიგენის ტესტებს და ამასთან საჭიროებს ლოკალური ვალიდურობის განსაზღვრას.

სადღეისოდ, ოფისის პირებებში ჩატარებული სეროლოგიური ტესტები არ არის რეკომენდებული პორველადი ჯანდაცვის დონეზე **ჰბპ**-ის ინფექციის სადიაგნოზოდ.

განვითარებად ქვეყნებში, სადაც შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის და განავლოვანი ანტიგენის ტესტის ჩატარება ძვირია, ხოლო **ჰბპ**-ით ინფექციის პრევალენსი მაღალი, სეროლოგიური მეთოდი შეიძლება ჩაითვალოს მისაღებ ალტერნატივად.

ოფისის პირობებში ჩატარებული **ჰბპ-ით ინფექციის სადიაგნოზო სეროლოგიური ტესტი არ არის რეკომენდებული მათი არასაკმარისად სრულყოფილობის გამო.**
(რეკომენდაციის ხარისხი B)

****ჰბპ**-ით ინფექციის სადიაგნოზო სეროლოგიური ტესტები ლოკალურად ვალიდური უნდა იყოს და მათი მგრძობელობა და სპეციფიკურობა სულ მცირე 90%-ს უნდა აღწევდეს.**
(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე IIბ)

¹⁰ ჯანმრთელობის დაცვის სააგენტოს ჰელიკობაქტერ პილორის სამუშაო ჯგუფი

შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი

შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის დროს ხდება ამონასუნთქ ჰაერში ჰბჰ -თან ასოცირებულ ურეაზას აღმოჩენა, პაციენტის ამონასუნთქ ჰაერში ნიშანდებული ნახშირორჟანგის განსაზღვრის გზით.

დასაწყისში ამონასუნთქ ჰაერში იზომება ნახშირორჟანგის შემცველობა. შემდეგ პაციენტი იღებს ნიშანდებულ შარდოვანას (^{13}C -შარდოვანა, ^{14}C -შარდოვანა). ამის შემდეგ კვლავ ატარებენ ამონასუნთქი ჰაერის ანალიზს.

ნიშანდებული შარდოვანას მიღების შემდეგ, მასზე (შარდოვანაზე) მოქმედებს ჰბჰ -ის ურეაზა და იწვევს მის დაშლას და ნახშირორჟანგის წარმოქმნას ($^{14}\text{CO}_2$ ან $^{13}\text{CO}_2$), რომელიც შეიწოვება და შემდეგ გამოიყოფა ამონასუნთქ ჰაერთან ერთად.

ამონასუნთქ ჰაერში განისაზღვრება შეფარდება $^{13/14}\text{CO}_2/^{12}\text{CO}_2$ ნიშანდებული შარდოვანას მიღების წინ და მის შემდეგ. შეფარდების ზრდა მიუთითებს ჰბჰ -ის არსებობაზე.

შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი შედარებით ზუსტია ხასიათდება მგრძობელობა, სპეციფიურობის მაღალი, დაახლოებით 95%-იანი მაჩვენებლით. თუმცა მეთოდი არ გამოდგება პტი და ანტიბიოტიკების მომხმარებელ პირებში. ^{14}C შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის პირველადი ჯანდაცვის ქსელში გამოყენება მისი მცირედ რადიაციულობის გამო არ არის მოზანსეწონილი. ^{13}C შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი არ შეიცავს მაიონიზებელ რადიაციას და ადვილი ჩასატარებელია. თუმცა მეთოდი შედარებით უფრო ძვირია. განავლოვანი ანტიგენის ტესტი ასევე მისაღები და ხარჯოეფექტური სადიაგნოზო მეთოდია, თუმცა გართულებულია პაციენტთა ნაწილის, დიაგნოსტიკის აღნიშნული მეთოდით შესრულებაზე დათანხმება.

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

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Iბ)

ბიოფსიური მასალის კვლევა

ბიოფსიური ურეაზული ტესტის მგრძობელობა მატულობს, თუ ბიოფსიური მასალა აღებულია კუჭის სხეულიდან და ანტრუმიდან და მასალაში მიკრობების რაოდენობაა 10^2 (პოზიტიური ტესტისთვის საჭირო რაოდენობა). თუ ბიოფსიური ურეაზული ტესტი უარყოფითია, ხდება მასალის პისტოლოგიური შესწავლა. პისტოლოგიური მასალის ჰემატოქსილინ-ეოზინით შეღებვა ადეკვატური მეთოდია.

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

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Iბ)

კულტურალური მეთოდი ჰბპ-ით ინფექციის სადიაგნოზო ბევრად უფრო მარტივი, იაფი და მაღალმგრძობიარე და სპეციფიკური მეთოდების ფონზე ნაკლებად პრაქტიკულ სადიაგნოზო მეთოდად ითვლება. ის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ჰბპ-ით ინფექციისადმი მგრძობიარე და რეზისტენტული ანტიბიოტიკების გამოსავლენად. მეთოდი გამოიყენება ჰოსპიტალურად, იმ პაციენტებში, რომლებსაც სულ მცირე, ორჯერ ჩაუტარდათ უშედეგო ერადიკაციული მკურნალობა. მეთოდი გამოსადეგია ლოკალურად არსებული ჰბპ-ით ინფექციისადმი მგრძობიარე ანტიბიოტიკების გამოსავლენად.

კულტურალური მეთოდი ჰბპ-ით ინფექციის სადიაგნოზო არაპრაქტიკული მეთოდია.
(რეკომენდაციის ხარისხი B, დონე IIa)

განავლოვანი ანტიგენის ტესტი

შედარებით ახალი მეთოდია. ამ დროს ხდება ჰბპ-ით ინფექციის ანტიგენის გამოვლენა განავალში. იგი თავისი მგრძობიარეობით (დაახლოებით 93,8%) და სპეციფიურობით (დაახლოებით 90%) ოდნავ ჩამოუვარდება შარდოვანას სუნთქვით ტესტს. განსაკუთრებით გამოსადეგია ბავშვებში.

განავლოვანი ანტიგენის ტესტი შარდოვანას სუნთქვით ტესტთან ერთად, ერადიკაციული მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებელი წარმატებული მეთოდია.
(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Ia)

დისკეფსიის დროს გამოყენებული პარაკლინიკური გამოკვლევები: შეჯამება

ამრიგად, დისკეფსიის დროს გამოყენებული პარაკლინიკური გამოკვლევებს ორი ძირითადი მიზანი აქვს:

- დისკეფსიის მიზეზის გარკვევა; უპირველეს ყოვლისა, კი კუჭისა და საყლაპავის კიბოს არსებობის დადგენა ან გამორიცხვა;
- ჰბპ-ით ინფექციის დადგენა ან გამორიცხვა.

დისკუფსიის დროს გამოყენებული გამოკვლევები

დისკუფსიის საღიაბნოზო ტესტები			
ტესტი	მგრძობელობა	სპეციფიკურობა	სარბეზლობა
ი ნ ვ 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 ნ ვ 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.

დისპეფსიის გართულებები

დისპეფსიის გართულებები, ცხადია, დამოკიდებულია მის გამომწვევ მიზეზებზე.

დისპეფსია შეიძლება გამოწვეული იყოს კიბოთი, როგორც წესი, კუჭის კარცინომით.

პეპტიური წყლული შეიძლება გართულდეს სისხლდენით, პერფორაციით ან ობსტრუქციით.

არსებობს მტკიცებულებები იმის თაობაზე, რომ **ჰბპ**-ით ინფექცია კუჭის კიბოს რისკ ფაქტორია. ამასთან, ბაქტერია არ ითვლება კუჭის კიბოს გამომწვევ პირდაპირ ფაქტორად, ის არის მისი „აუცილებელი, მაგრამ არასაკმარისი“ ფაქტორი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს მიერ **ჰბპ**-ით ინფექცია კლასიფიცირებულია, როგორც პირველი ჯგუფის კარცინოგენი, ანუ დადგენილი კარცინოგენი.

გამოკვლევების სქემა დისპეფსიის დროს

ცხრილი №4.

დისპეფსიის მიზეზი	კლინიკური ჯგუფი	გამოკვლევა / რეჟერალი	მიზანი	დრო
დისპეფსია არაიდენტიფიცირებული მიზეზით / გამოუკვლეველი დისპეფსია	▪ 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	<i>Helicobacter Pylori</i> -თ ინფექციის სადიაგნოზო ტესტები	ჰბპ-ით ინფიცირების დადგენა	2 კვირის განმავლობაში
არაწყლულოვანი დისპეფსია		<i>Helicobacter Pylori</i> -თ ინფექციის სადიაგნოზო ტესტები	ჰბპ-ით ინფიცირების დადგენა	1 თვის განმავლობაში
დისპეფსია ორსულობის დროს		ჩვეულებრივ, ენდოსკოპია და/ან <i>Helicobacter Pylori</i> -თ 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-ის სიმპტომები და დიაგნოზი

დღესდღეობით არ არსებობს ბერდ-ის სადიაგნოზოდ მოწოდებული საყოველთაოდ აღიარებული მიდგომა, რაც განპირობებულია შემდეგი გარემოებებით: (ა) ერთი მხრივ, ბერდ-ის სიმპტომებით შეიძლება სხვა დაავადებებიც მიმდინარეობდეს; (ბ) მეორე მხრივ, ბერდ-ი შეიძლება ატიპიურად გამოვლინდეს (ლარინგიტი, ქრონიკული ხველა, ასთმა, ტკივილი გულმკერდის არეში და სხვა); (გ) დიაგნოზის დასაზუსტებლად ინვაზიური სადიაგნოზო ტესტების რუტინული გამოყენება არახარჯეფექტურია; (დ) ხშირად უფრო მისაღები მიდგომაა ემპირიული მკურნალობა ხარჯეფექტურობისა და მის მიმართ პაციენტების დადებითი დამოკიდებულების გამო.

მიუხედავად იმისა, რომ ბერდ-ის სადიაგნოზო ტესტების კომბინირებული გამოყენებით შეიძლება 100%-იანი მგრძობელობის მიღწევა (ომეპრაზოლის ტესტი, საყლაპავის pH-მონიტორინგი და ენდოსკოპია), ასეთი მიდგომა არახარჯეფექტური და არაპრაქტიკულია და პრიორიტეტი ბერდ-ის დიაგნოზში კარგად შეგროვებულ ანამნეზს ენიჭება.

ანამნეზის როლი ბერდ-ის დიაგნოზში

ბერდ-ის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია **გულძმარვა**. გულძმარვა გულისხმობს წვის შეგრძნებას მკერდის ძვლის უკან, რომელიც შეიძლება ყელის ღონემდე აღიოდეს.

ბერდ-ი შეიძლება გამოვლინდეს **რეგურგიტაციითაც**, რაც გულისხმობს მომჯავო სითხის დაუბრკოლებელ ამოსვლას ყელში ან პირის ღრუში.

ზემოაღნიშნული ორი სიმპტომის ერთდროულად არსებობა ბერდ-ისთვის კლასიკურ სიმპტომებად მიიჩნევა და ბერდ-ის სადიაგნოზოდ ამ ორი სიმპტომის კომბინაციის სენსიტიურობა 89%-ს, ხოლო სპეციფიკურობა 94%-ს შეადგენს. სიმპტომების ცალ-ცალკე არსებობისას უფრო მაღალი სპეციფიკურობით გამოირჩევა რეგურგიტაცია (95%), გულძმარვასთან შედარებით (89%). რაც შეეხება სენსიტიურობას, ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით ცალკეული სიმპტომის სენსიტიურობა დამოუკიდებლად საკმაოდ დაბალია (გულძმარვის სენსიტიურობა 38%, რეგურგიტაციისა – მხოლოდ 6%)⁵.

ამრიგად, გულძმარვის და რეგურგიტაციის არსებობა მიუთითებს რეფლუქსის არსებობაზე (I, A)⁶⁹. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ბერდ-ის დიაგნოზის დასასმელად აუცილებელია, რომ აღნიშნული სიმპტომები პაციენტისათვის შემაწახებელი იყოს ე.ი. სიმპტომები შედარებით გამოხატული და ხშირია (იხ. ბერდ-ის განმარტება).

საყურადღებოა, რომ გულძმარვისა და რეგურგიტაციის სიხშირე, ხანგრძლივობა და სიმძიმე არ ასახავს საყლაპავის დაზიანების ხარისხსა და ბარეტის ეზოფაგიტის განვითარებას; შესაბამისად, მათი გამოყენებით ბერდ-ის გართულებებზე მსჯელობა შეუძლებელია.

ბერდ-ის დროს შეიძლება აღინიშნოს სხვა სიმპტომები და ნიშნები:

- ოდინოფაგია (მტკივნეული ყლაპვა);
- დისფაგია (გაძნელებული ყლაპვა);
- ტკივილი გულმკერდის არეში;
- სასუნთქ სისტემასთან დაკავშირებული სიმპტომები და ნიშნები:
 - ხველა;
 - მსტვინავი სუნთქვა;
 - ასთმის შეტევებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები და ნიშნები;
 - ასპირაციული პნევმონიით განპირობებული სიმპტომები და ნიშნები;
- პირის ღრუსთან დაკავშირებული სიმპტომები და ნიშნები:
 - კბილის ემალის დაზიანება;
 - გინგივიტი;
 - ჰალიტოზი (ცუდი სუნი პირიდან);
 - გაძლიერებული სალივაცია;
- ყელთან დაკავშირებული სიმპტომები და ნიშნები:
 - ყელის ტკივილი;
 - ლარინგიტი;
 - ხმის ჩახლეჩა;
 - ყელში ბურთის გაჩხერვის შეგრძნება.

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

- ღებინება;
- მელენა;
- 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 (მელენა, ღებინება დამახასიათებელი მასებით), წონაში უნებური კლება, დისფაგია, ტკივილი გულმკერდის არეში (III, C).

საცდელი მკურნალობის როლი ბერდ-ის დიაგნოზში

საცდელი ემპირიული მკურნალობა

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

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).

პტი-ის სადიაგნოზო ტესტი

შესაძლებელია პტი-ის მაღალი დოზის გამოყენება სადიაგნოზო ტესტის სახით (40 მგ ომეპრაზოლი) გულმკერდის არეში არაკარდიული ტკივილის სადიაგნოზისთვის. ასეთ შემთხვევაში პტი-ის სადიაგნოზო ტესტის მგრძობიანობაა 78%, ხოლო სპეციფიკურობა 85%.

ლაბორატორულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების როლი ბერდ-ის დიაგნოზში

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
 - გასტროეზოფაგური სცინტიგრაფია.

ბირღ-ის ტიპური სიმპტომების არსებობისას მკურნალობის დაწყების წინ არ არის საჭირო გამოკვლევა Helicobacter pylori-ს გამოსავლენად (I A).

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 ბირღ-ის შეფასებისას (I A).

ენდოსკოპიური კვლევის გამოყენება აუცილებელია საგანგაშო ნიშნების არსებობისას, როცა საწყისი ანტისეკრეტორული 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 ბირღ-ის შესაფასებლად. ამ მეთოდის მგრძობელობა ძალზე დაბალია ლორწოვანის დაზიანებისა და რეფლუქსის დასადგენად და მას არ შეუძლია ბარეტის ეზოფაგიტის გამოვლენა.

pH მონიტორინგი

საყლაპავშია pH-ის 24 საათიანი მონიტორინგი, ჩვეულებრივ, არ გამოიყენება გერდ-ის რუტინული მართვისას. მისი გამოყენება შეიძლება საჭირო გახდეს, როცა მკურნალობა არაეფექტურია.

დამატებითი გამოკვლევები

ბირღ-ის ტიპური სიმპტომების მკურნალობის წინ არ არის საჭირო გამოკვლევა ჰბპ-ის არსებობაზე.

ბერდის დიფერენციული დიაგნოზი

ბერდ-ის შეფასებისას დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს საყლაპავის კიბოსთან, საყლაპავის განვითარების ანომალიებთან. თუ აღინიშნება ტკივილი გულმკერდის არეში, საჭიროა კარდიოგენული ტკივილის გამორიცხვა.

თუმცა, როგორც უკვე აღინიშნა, გერდ-ის ტიპური სიმპტომების დროს (გულძმარვა და რეგურგიტაცია) და საგანგაშო ნიშნების არარსებობისას დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია დამატებითი გამოკვლევების გარეშე.

დიფერენციული დიაგნოზი რთულდება გერდ-ის ატიპური, ექსტრაეზოფაგური, გამოვლინებისას:

- სასუნთქ სისტემასთან დაკავშირებული სიმპტომები და ნიშნები:
 - ხველა;
 - მსტვინავი სუნთქვა;
 - ასთმის შეტევებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები და ნიშნები;
 - ასპირაციული პნევმონიით განპირობებული სიმპტომები და ნიშნები;
- პირის ღრუსთან დაკავშირებული სიმპტომები და ნიშნები:
 - კბილის ემალის დაზიანება;
 - გინგივიტი;
 - ჰალიტოზი (ცუდი სუნი პირიდან);
 - გაძლიერებული სალივაცია;
- ყელთან დაკავშირებული სიმპტომები და ნიშნები:
 - ყელის ტკივილი;
 - ლარინგიტი;
 - ხმის ჩახლეჩა;
 - ყელში ბურთის გაჩხერვის შეგრძნება.

ასეთ შემთხვევებში დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება შესაბამის დაავადებებთან.

ბერდის გართულებები

ბერდ-ს გართულებებია:

- ბარეტის ეზოფაგიტი,
- საყლაპავის წყლულები,
- საყლაპავის სტრიქტურა,
- ადენოკარცინომა.

საყურადღებოა, რომ ბერდ-ს იშვიათად ახლავს ზემოაღნიშნული გართულებები. გართულებების აღბათობა იზრდება, როცა ენდოსკოპიურად დასაწყისშივე აღინიშნება ეზოფაგიტი ან ბარეტის ეზოფაგიტი.

ბარეტის ეზოფაგიტი წარმოადგენს საყლაპავის ბრტყელი ეპითელის მეტაპლაზიას ცილინდრულ ეპითელად. დიაგნოზი ისმება ენდოსკოპიურად და პათოლოგიურ-ანატომიურად. პათოლოგია იშვიათია და მისი დიაგნოზი დგინდება ენდოსკოპიური გამოკვლევების 1,4% ში. პრევალენტობა მეტია 40 წელს გადაცილებულ, ქრონიკული რეფლუქსით დაავადებულ პირებში. ბარეტის ეზოფაგიტის შემთხვევაში, როცა მცირე, 3სმ-ზე ნაკლები ზომის მეტაპლაზიები აღინიშნება, მალიგნიზაციის ხარისხი უმნიშვნელოა. 3-სანტიმეტრიანი და უფრო დიდი ზომის მეტაპლაზიის მალიგნიზაციის ხარისხი საკმაოდ მაღალია. ამიტომ აუცილებელია ასეთი მდგომარეობის პერიოდული მეთვალყურეობა.

5. მკურნალობა

დისპეფსიის მკურნალობის პრინციპები

კლინიკური ჯგუფები

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

დისპეფსიისა და საგანგაშო ნიშნების ¹¹ მქონე პაციენტების მკურნალობა დამოკიდებულია ენდოსკოპიის (ან ბარიუმის ფაფით ჩატარებული რენტგენოლოგიური კვლევის) შედეგებზე და შეიძლება მოიცავდეს, როგორც ქირურგიულ ჩარევას, ასევე ცხოვრების წესის შეცვლასა და მედიკამენტურ მკურნალობას.

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, **ჰბპ**-ით ინფიცირების განსზღვრამდე;
- დადასტურებული პეპტიური წყლული და **ჰბპ**-ით ინფექცია;
- დადასტურებული პეპტიური წყლული, როცა **ჰბპ**-ით ინფექცია არ არის;
- დადასტურებული არაწყლულოვანი (ფუნქციური) დისპეფსია, **ჰბპ**-ით ინფიცირების განსზღვრამდე;
- დადასტურებული არაწყლულოვანი (ფუნქციური) დისპეფსია და **ჰბპ**-ით ინფექცია;

¹¹ საგანგაშო ნიშნები განხილულია IV თავში: „დისპეფსიის კლინიკური სიმპტომატიკა და დიაგნოზი“; ქვეთავი „დისპეფსიის მქონე პაციენტის შეფასება: კლინიკური და პარაკლინიკური გამოკვლევები“

- დადასტურებული არაწყლულოვანი (ფუნქციური) დისპეფსია, როცა ჰბპ-ით ინფექცია არ არის;
- პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ ხანგრძლივ ანტისეკრეტორულ მკურნალობას (მაგ., რეკურენტული დისპეფსია, ასას ხანგრძლივად მიღება);
- დისპეფსია ორსულებში.

მკურნალობის სტრატეგიები

დისპეფსიის მკურნალობა მოიცავს შემდეგ სტრატეგიებს:

- ანტაციდური მკურნალობა;
- ანტისეკრეტორული მკურნალობა;
- პროკინეტიკური მკურნალობა;
- ჰბპ-ის ერადიკაციული მკურნალობა.

ანტაციდური მკურნალობა

ანტაციდური მკურნალობის მიზანია კუჭის სიმჟავის დაქვეითება მარილმჟავას ნეიტრალიზაციისა და კუჭის შიგთავსის pH-ის გაზრდის გზით. ანტაციდები კუჭის სეკრეტორული ფუნქციასა და მარილმჟავას წარმოქმნაზე არ ზემოქმედებენ. ანტაციდური პრეპარატების შემადგენლობაში, ჩვეულებრივ, შედის მაგნიუმის, ალუმინის ან კალციუმის ნაერთები ან მათი კომბინაცია. ანტაციდებს შეუძლია ტკივილის შემცირება დისპეფსიის დროს და წყლულის შესორცებისათვის ხელშეწყობა.

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

ანტაციდები ამცირებენ გარკვეული წამლების (მაგ., დიგოქსინი, ვარფარინი, ზოგიერთი ანტიკონვულსანტი და ანტიბიოტიკი) შეწოვას და, შესაბამისად, აქვეითებენ მათ ეფექტს.

ანტაციდების გამოყენებასთან დაკავშირებული სხვა არასასურველი ეფექტები მოცემულია ცხრილში №5.

ანტაციდების 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).

ანტისეკრეტორული მკურნალობა

ანტისეკრეტორული მკურნალობა, იგივე სიმუავის დამაქვეითებელი მკურნალობა (მუავას სუპრესიული მკურნალობა) გულისხმობს კუჭის მუავას სეკრეციის დათრგუნვას.

ანტისეკრეტორული ეფექტის მქონე წამლების ჯგუფები, ცალკეული წამლის დასახელებები, წამლის ფორმები მოცემულია ქვემოთ.

<p>ანტისეკრეტორული წამლები:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები: <ul style="list-style-type: none"> - 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.

პროსტაგლანდინ E₁-ის რეცეპტორების აგონისტები ძირითადად გამოიყენება ასას პრეპარატებით გამოწვეული წყლულის პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის. ამასთან, ასას პრეპარატებით გამოწვეული წყლულის პროფილაქტიკისა და მკურნალობისას ანალოგიური ეფექტის მიღწევა პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორებითაც არის შესაძლებელი, რომლებსაც პროსტაგლანდინ E₁-ის რეცეპტორების აგონისტებთან შედარებით უფრო ნაკლები გვერდითი მოქმედება ახასიათებთ.

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები ზემოქმედებენ კუჭის პარიეტული უჯრედების მჟავას ტუმბოზე – **H⁺/K⁺-ATPase**-ზე (ე.წ. „პროტონის ტუმბოზე“) და იწვევენ მჟავას სეკრეციის დათრგუნვას. კლინიკურ პრაქტიკაში გამოყენებულ პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების ხუთივე წარმომადგენელს (*ომეპრაზოლი, ესომეპრაზოლი, ლანსოპრაზოლი, პანტოპრაზოლი და რაბეპრაზოლი*) ეკვივალენტურ დოზებში თანაბარი ეფექტი გააჩნიათ. ჩვეულებრივ, პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები იწვევენ კუჭის მჟავას დღიური სეკრეციის (როგორც ბაზალური, ისე სტიმულირებული) სუპრესიას 80-95%-ით.

იმის გამო, რომ პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები მჟავას სეკრეციას თრგუნავენ მჟავას წარმოქმნის ბოლო ეტაპზე, ამ ჯგუფის წამლებს შეუძლიათ მჟავას სუპრესია მიუხედავად იმისა, თუ რა ფაქტორით არის გამოწვეული მისი სეკრეცია.

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები გამოიყენება დისპეფსიისა და გერდის სამკურნალოდ, კერძოდ, შემდეგ შემთხვევებში:

- თორმეტგოჯა ნაწლავის აქტიური წყლულის მოკლევადიანი მკურნალობა;
- თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შეხორცების შემდგომი შემანარჩუნებელი მკურნალობა;
- ჰიპერსეკრეტორული მდგომარეობების (ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის ჩათვლით) ხანგრძლივი მკურნალობა;
- *Helicobacter Pylori*-ს ერადიკაციული მკურნალობა;
- კუჭის აქტიური წყლულის მოკლევადიანი მკურნალობა, მათ შორის ასას პრეპარატებით გამოწვეული წყლულისა;
- კუჭის წყლულის პრევენციისათვის ასას პრეპარატების მიღებისას;
- ნებისმიერი სიმძიმის ეროზიული ეზოფაგიტის მოკლევადიანი მკურნალობა;
- ეროზიული ეზოფაგიტის შეხორცების შემდგომი შემანარჩუნებელი მკურნალობა;
- გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების სიმპტომების მკურნალობა.

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების სტანდარტული დოზა მოზრდილებისათვის მოცემულია ცხრილში №6.

ცხრილი №6

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების სტანდარტული დოზები

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი	სტანდარტული დოზა მოზრდილისათვის	შენიშვნა
ომეპრაზოლი	20 მგ. დღეში	Helicobacter Pylori-ს 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	

H₂ (ჰისტამინ-2) რეცეპტორების ანტაგონისტები

ჰისტამინ-2 რეცეპტორების ანტაგონისტები (ჰ₂რ_ა) წარმოადგენენ ჰისტამინით გამოწვეულ მუავას სეკრეციის კონკურენტულ ინჰიბიტორებს. ამასთან, ჰისტამინით სტიმულირებულ მუავას სეკრეციის დათრგუნვასთან ერთად ჰ₂რ_ა-ებ აინჰიბირებენ როგორც ბაზალურ სეკრეციას, ასევე საკვების მიღებით გამოწვეულ სეკრეციას.

ამჟამად გამოიყენება ჰ₂რ_ა-ის ოთხი წარმომადგენელი – ციმეტიდინი, რანიტიდინი, ნიზატიდინი და ფამოტიდინი. ოთხივე წამალს ანალოგიური მოქმედება და ეფექტი გააჩნია პეპტიური წყლულის მკურნალობისას.

ჰერბ-ის დღეში ორჯერად მიღებასთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება ამ პრეპარატის ძილის წინ ერთჯერად მიღებას. მკურნალობის ორივე რეჟიმი თანაბრად ეფექტურია. ამასთან, ძილის წინ მიღებისას ჰერბ-ი იწვევენ ღამის ბაზალური სეკრეციის გამოხატულ სუპრესიას, რითაც აიხსნება ამ რეჟიმის წარმატება. საქმე ის არის, რომ ანტისეკრეტორული პრეპარატების გამოყენებით პეპტიური წყლულის განკურნების მაჩვენებელი მჭიდრო კორელაციაშია ღამის განმავლობაში კუჭის შიგთავსის სიმუავის მაჩვენებელთან.

ჰერბ-ის სტანდარტული დოზა მოზრდილებისათვის მოცემულია ცხრილში №7.

ცხრილში №7

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

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

პროსტაგლანდინ E₁-ის რეცეპტორების აგონისტები

პროსტაგლანდინ E₁-ის რეცეპტორების აგონისტები (პროსტაგლანდინის ანალოგები) იცავენ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვან გარსს ბიკარბონატებისა და ლორწოს სეკრეციის, აგრეთვე ლორწოვანი გარსის სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებისა და უჯრედების აღდგენის გზით. მაღალ დოზებში მათ ანტისეკრეტორული მოქმედებაც აქვთ.

პროსტაგლანდინის ანალოგები (მიზოპროსტოლი) ძირითადად გამოიყენება ასას წამლებით გამოწვეული წყლულის პრევენციისათვის. როგორც ცნობილია ასას პრეპარატების ულცეროგენული მოქმედება მჭიდრო კორელაციაშია მათ მიერ პროსტაგლანდინების სინთეზის დათრგუნვის უნართან.

მიუხედავად იმისა, რომ მიზოპროსტოლი მაღალ დოზებში თრგუნავს კუჭის მუავას სეკრეციას, ის არ არის პეპტიური წყლულის სამკურნალო რუტინული საშუალება, რაც განპირობებულია მისი ხშირად დანიშვნის საჭიროებითა და გვერდითი ეფექტებით. როგორც უკვე აღინიშნა, მიზოპროსტოლის გამოყენების ძირითადი ჩვენებაა ასას წამლებით გამოწვეული წყლულის პრევენცია.

მიზოპროსტოლი დოზირების რეჟიმი: 200 მკგ დღეში 2-4-ჯერ.

მიზოპროსტოლის გვერდითი ეფექტებიდან ყველაზე ხშირია დიარეა, რომელიც დოზაზე დამოკიდებულია და უვითარდება პაციენტების 20-30%-ს.

საშვილოსნოს გლუვი კუნთის სტიმულაციისა და აბორტის გამოწვევის შესაძლებლობის გამო, მიზოპროსტოლი არ ენიშნება ორსულ ქალებს, აგრეთვე ქალებს, რომლებიც შეიძლება დაორსულდნენ.

პროკინეტიკური მკურნალობა

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

რანდომიზებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ პროკინეტიკური საშუალებების ეფექტი დამოუკიდებლად და H₂-ჰისტამინის რეცეპტორების ინჰიბიტორებთან კომბინაციაში ჩამორჩება პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების ეფექტს დისპეფსიისა და გერდის მკურნალობის დროს. ამასთან, პროკინეტიკური საშუალებებისა და H₂-ჰისტამინის რეცეპტორების ინჰიბიტორების კომბინირებული გამოყენება უფრო ეფექტური იყო პლაცებოსთან შედარებით არაწყლულოვანი დისპეფსიის დროს.

მათი გამოყენება შეზღუდულია მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების გამო. ცხრილში №8 მოცემულია პროკინეტიკური ეფექტის მქონე საშუალებები და მათი გვერდითი მოქმედება.

ცხრილი №8

პროკინეტიკური მოქმედების წამლები

პროკინეტიკური მოქმედების წამალი	ფარმაკოლოგიური ჯგუფი / მოქმედების მიქანიზმი	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"> ღებინების საწინააღმდეგო საშუალება. D₂ დოპამინერგული რეცეპტორების ანტაგონისტი; პროკინეტიკური საშუალება. 	<ul style="list-style-type: none"> მეტოკლოპრამიდთან შედარებით ძნელად გადალახავს ჰემატონეკროზულ ბარიერს და ნაკლებად ახასიათებს ექსტრაპირამიდული რეაქციები; ჰიპერპროლაქტინემია.
ციზაპრიდი*	<ul style="list-style-type: none"> მოქმედების ზუსტი მექანიზმი უცნობია; ასტიმულირებს აცეტილქოლინის გამოთავისუფლებას 	<ul style="list-style-type: none"> QT-ინტერვალის გახანგრძლივება, პარკუჭოვანი ტაქიკარდია და ფიბრილაცია, უეცარის სიკვდილი.

	<p>პოსტგანგლიური ნერვული დაბოლოებებიდან;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ პროკინეტიკური საშუალება. 	
ერითრომიცინი	<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 ეგზანთემატოზური პუსტულოზი (AGEP); ▪ გულისრევა-ღებინება, 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 (იხ. ქვემოთ).

ჰპპ-ის ერადიკაციული მკურნალობისათვის გამოიყენება ანტიბიოტიკები და პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები. ზოგჯერ საჭიროა კომბინირებულ მკურნალობაში კოლოიდური ბისმუტ სუბციტრატი ჩართვა.

წამლები Helicobacter Pylori-ს ერადიკაციისთვის:

- ანტიბიოტიკები:
 - ამოქსიცილინი
 - მეტრონიდაზოლი
 - კლარიტრომიცინი
 - ტეტრაციკლინი
- პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები
- კოლოიდური ბისმუტ სუბციტრატი

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

მოწოდებულია ჰპპ-ის ერადიკაციული მკურნალობის 7, 10 და 14-დღიანი რეჟიმები. 14 დღიანი რეჟიმი ერადიკაციას უფრო მაღალ პრიცენტში იწვევს, ვიდრე 7 და 10-დღიანი რეჟიმები. ამასთან, არსებობს მონაცემები ერთი, სამ და

ხუთდღიანი ერადიკაციული მკურნალობის შესახებ. მიუხედავად აღნიშნულისა, სადღეისოდ რეკომენდებულია ერადიკაციული მკურნალობის 7, 10 ან 14-დღიანი რეჟიმის გამოყენება.

ჰბპ-ით ინფექციის ერადიკაციული მკურნალობის პროტოკოლური ანალიზით მიღწეული უნდა იყოს სულ მცირე 90%-იანი ერადიკაციის მაჩვენებელი.

რეკომენდებულია შემდეგი სამკომპონენტური მკურნალობა, რომელიც დღეში ორჯერ უნდა დაინიშნოს:

- პტი-ს სტანდარტული დოზა;
- კლარიტრომიცინი 500 მგ;
- ამოქსიცილინი 1000 მგ.

ან

- პრტონული ტუმბოს ინჰიბიტორის სტანდარტული დოზა;
- კლარიტრომიცინი 500 მგ;
- მეტრონიდაზოლი 400 მგ.

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Ia)

პტი-ის სტანდარტული დოზებია:

- ლანსოპრაზოლი – 30 მგ;
- ომეპრაზოლი – 20 მგ;
- რაბეპრაზოლი – 20 მგ;
- პანტოპრაზოლი – 40 მგ;
- ესომეპრაზოლი – 40 მგ;

ამრიგად, მოწოდებულია ჰბპ-ის საერადიკაციო ორი ძირითადი სამკომპონენტური სამკურნალო სქემა (*ცხრილი №9ა და 9ბ*):

სამკურნალო სქემა 1

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

სამკურნალო სქემა 2

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

12 რანდომიზებული კონტროლებადი კვლევის ანალიზით, რომელიც ერთმანეთს **ამოქსიცილინისა** და **კლარიტრომიცინის** შემცველ 3-კომპონენტურ ერადიკაციულ მკურნალობის რეჟიმთა ეფექტურობას ადარებდა, სადაც ერთ შემთხვევაში **პტი** დღეში ერთჯერ, ხოლო მეორე შემთხვევაში დღეში ორჯერ რეჟიმით იყო დანიშნული, **პტი**-ის ერთჯერადი დოზით ნამკურნალებ პაციენტთა ჯგუფში ერადიკაციის მაჩვენებელი 78,5%, ხოლო ორმაგი **პტი**-ს დღეში 2-ჯერ მომხმარებლებში 85,4% შეადგინა. აქიდან გამომდინარე, რეკომენდებულია სამკომპონენტურ ერადიკაციულ მკურნალობაში, რომელშიც ჩართულია ამოქსიცილინი და კლარიტრომიცინი, **პტი**-ს დღეში 2-ჯერ დანიშვნა.

ჩატარდა სამი რანდომიზებულ კონტროლებადი კვლევის ანალიზი სადაც ერთმანეთს ედრებობდა პაციენტთა 2 ჯგუფი. ერთ შემთხვევაში ერადიკაციული მკურნალობა ჩატარდა **კლარიტრომიცინით** **მეტრონიდაზოლით** და **პტი**-ის ერთჯერადი დოზით, ხოლო მეორე შემთხვევაში კლარიტრომიცინით, **მეტრონიდაზოლით** და **პტი**-ის ორმაგი დოზით. ერადიკაციის ხარისხმა შესაბამისად 84,3 % და 86% შეადგინა. შედეგებს შორის არცთუ ისე დიდი სხვაობა, ბადებს ეჭვს, ერადიკაციული მკურნალობის ამ რეჟიმში **პტი**-ის ერთჯერადი დოზის გამოყენების მოზანშეწონილობის თაობაზე, თუმცა ჩატარებულ კვლევათა სიმცირე, დასკვნის გამოტანის საფუძველს არ იძლევა.

არ არსებობს მონაცემები ახალი თაობის **პტი**-ის ეფექტურობის თაობაზე. ტინიდაზოლი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს **მეტრონიდაზოლის** ნაცვლად.

რანდომიზებულ კონტროლირებადი კვლევებით დასტურდება, რომ **პტი-ის, მეტრონიდაზოლის** და **ამოქსიცილინის** 3 კომპონენტის ერადიკაციული მკურნალობა ჩამოუვარდება ეფექტურობით კლარიტრომიცინის შემცველ სამკომპონენტის მკურნალობის რეჟიმს.

ჩატარებული კვლევების მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ **კლარიტრომიცინ, ამოქსიცილინ პტი-ით** ერადიკაციულ მკურნალობაში კლარიტრომიცინის 500 მგ დღეში 2-ჯერ რეჟიმი დაახლოებით 10 %-ით აღემატება ეფექტურობით კლარიტრომიცინის 250 მგ 2-ჯერ დღეში რეჟიმს (შესაბამისად ერადიკაციის 89,6% და 79,8%).

კვლევაში სადაც ერთმანეთს შედარდა **კლარიტრომიცინ, მეტრონიდაზოლ პტი-**ით ერადიკაციული მკურნალობა, კლარიტრომიცინის 250 და 500 მგ სამკურნალო დოზებით, ერადიკაციის შესაბამისად 87,4% და 88,9 %-იანი მაჩვენებელი იქნა მიღწეული. აქედან გამომდინარე (მცირე განსხვავების გამო), რეკომენდირებულია, კლარიტრომიცინ, მეტრონიდაზოლ, **პტი-ით** ჩატარებულ ერადიკაციულ მკურნალობაში კლარიტრომიცინის 250 მგ დღეში 2-ჯერ რეჟიმით დანიშვნა.

თუ კლარიტრომიცინის 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)

კლარიტრომიცინ შემცველ რეჟიმებთან შედარებით, ამ სამკურნალო რეჟიმების ერადიკაციის ხარისხი 10%-ით დაბალია.

გვერდითი ეფექტები:

52 კვლევის მეტა ანალიზით რომელიც გვერდით ეფექტებს პაციენტთა 2 ჯგუფში აღარებდა ერთმანეთს (ერთნი იტარებდნენ ერადიკაციულ მკურნალობას ანტისეკრეტორულ პრეპარატთან ერთად და მეორენი მხოლოდ ანტისეკრეტორულ მკურნალობას) გამოვლინდა, რომ მკურნალობის ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტი იყო: გულისრევა, პირღებინება და დიარეა.

კლარიტრომიცინის შემცველი ერადიკაციული მკურნალობის დროს ხშირი იყო ჩივილი, პირში მეტალის გემოზე. ბისმუტის სუბციტრატი შესაძლოა დროებით გამოიწვიოს განავლის მოყისფრო-მოშავო შეფერობა. მეტრონიდაზოლთან ერთად იკრძალება ალკოჰოლოს მიღება (დისულფირამის მსგავსი რეაქცია). პენიცილინზე ალერგიის მქონე პაციენტებში ამოქსიცილინის შემცველი რეჟიმის დანიშნამ შეიძლება გამოწვიოს ალერგიული რეაქციები (თვით ანაფილაქსიამდე). ამოქსიცილინი ასევე ასოცირებულია *Clostridium Difficile* –სთან ასოცირებული ფსევდომემბრანოზული კოლიტის განვითარებასთან.

რეზისტენტობა:

მიუხედავად ერადიკაციული თერაპიის მაღალი მაჩვენებლებისა, მატულობს მონაცემები ანტიბიოტიკ რეზისტენტული *ჰბპ*-ით ინფექციის თაობაზე. რეზისტენტობის დადასტურება, ხდება ბიოფსიური მასალის კულტურალური კვლევის შედეგების საფუძველზე.

განსაკუთრებით მატულობს რეზისტენტობა მეტრონიდაზოლის მიმართ (მისი გამოყენების სიხშირიდან გამომდინარე). არსებობს არასაკმარისი კვლევები მეტრონიდაზოლისადმი პირველადი რეზისტენტობის, მისი ერთჯერადი დოზის 800 მგ-მდე გაზრდით დაძლევის თაობაზე.

არსებობს რეზისტენტული *ჰბპ*-ით ინფექციის 70%-იანი წარმატებული ერადიკაციის მცდელობები პანტოპრაზოლით, ამოქსიცილინითა და ლევოფლოქსაცინით ჩატარებული 10 დღიანი კურსით.

რეზისტენტული *ჰბპ*-ით ინფექციის მკურნალობის თაობაზე არსებული 44 მეტა-ანალიზის საფუძველზე რეკომენდებულია ე.წ. 4-კომპონენტური მკურნალობა კლარიტრომიცინით, რანიტიდინით, ბისმუტის პრეპარატით და ამოსქსაცილინით (1გრ, დღეში 2-ჯერ) ასევე *პტი*-ის (სტანდარტული დოზა 10 დღის მანძილზე).

ბისმუტის პრეპარატის, მეტრონიდაზოლის, ტეტრაციკლინის, რიფამპუტი-ნის (300 მგ) შემცველი სამკურნალო რეჟიმით ჩატარებული ერადიკაციული მკურნალობა ეფექტური იყო პაციენტთა 38 %-ში.

კლარიტრომიცინის შემცველი 3 კომპონენტური ერადიკაციული მკურნალობის წარმატებლობისას ინიშნება ე.წ. "შესნული მკურნალობა"

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

7 დღის განმავლობაში

(რეკომენდაციის ხარისხი A, დონე Ib)

ეს ე.წ 4-კომპონენტური მკურნალობა ჰბპ-ით ინფექციის 70%-ით ერაღიკაციის საშუალებას იძლევა. არსებობს მწირი მონაცემები ე.წ. "მსხნელ მკურნალობაში" პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის, კლარიტრომიცინის და რიფაბუტინის გამოყენების თაობაზე. (შესაბამისად ერაღიკაციის 84% ხარისხით).

Helicobacter pylori-ით ინფექციის ერაღიკაცია ბავშვებში

ეზოფაგოგასტროდუდენოსკოპია შემდგომი ბიოფსიით რჩება ბავშვთა ასაკში მუცელში პერსისტული ან უეცრად განვითარებული ტკივილის არჩევის დიაგნოსტიკურ სტრატეგიად. კვლევის მიზანია არა მხოლოდ ჰბპ-ით ინფექციის არსებობის დადგენა არამედ, მიზეზის პათოფიზიოლოგიური საფუძველის გარკვევა. შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი ჰბპ-ით ინფექციის სადიაგნოზო არაინვაზიური მეთოდია. აღნიშნული მიზნით ასევე შესაძლებელია განავლოვანი ანტიგენის ტესტის გამოყენება (სასურველია და ყველაზე სანდოა ტესტის მონოკლონურ-ანტისხეულებზე დამყარებული მოდიფიკაცია).

ჩრდილო ამერიკის პედიატრიულ გასტროენტეროლოგთა და ნუტრიციოლოგიის ასოციაციის რეკომენდაციით, ერაღიკაციული მკურნალობის ჩატარება რეკომენდებულია მხოლოდ: 1) იმ ბავშვებში, სადაც კუჭის ან 12-გოჯა ნაწლავის წყლულის არსებობა ენდოსკოპიურად, ხოლო ჰბპ-ით ინფექციის არსებობა ჰისტოპათოლოგიურადაა დადასტურებული. 2) ჰბპ-ით ინფექცია პოზიტიურ წყლულოვანი დაავადების ანამნეზის მქონე ბავშვებში. 3) ჰბპ-ით ინფექცია პოზიტიურ რკინა ღეფიციტური ანემიის მქონე ბავშვებში.

ასოციაცია არ იძლევა ერაღიკაციული მკურნალობის ჩატარების რეკომენდაციას გასტრიტის მქონე ჰბპ-ით ინფიცირებულ ბავშვებში, რადგან არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, იმის თაობაზე რომ ერაღიკაციული მკურნალობით შესაძლებელია პეპტიკური წყლულის განვითარების პრევენცია. მიხედვად ამისა, არსებობს ჰბპ-ით ინფიცირებულ ბავშვებში ერაღიკაციული მკურნალობის ჩატარების ტენდენცია (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

ჰბპ-ის ერაღიკაციული მკურნალობა ამ ასაკობრივ ჯგუფში ასევე მოწოდებულია ანტიბიოტიკებით, ბისმუტის მარილის პრეპარატით და პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორით. მკურნალობის ხანგრძლივობა მერყეობს 7 დღიდან 6 კვირამდე. სამ კომპონენტური ერაღიკაციული მკურნალობის დროს ბავშვებში და მოზარდებში ადგილი აქვს ერაღიკაციის 90%-იან მაჩვენებელს.

Helicobacter pylori-ის ერადიკაციული მკურნალობა ბავშვებში

<i>Helicobacter pylori</i> – ის ერადიკაციული მკურნალობა ბავშვებში ¹²	
ამოქსიცილინი	50 მგ/კგ-ზე გაყოფილი 2-დოზად, მაქსიმალური დოზა 1 გრ დღეში 2-ჯერ.
კლარიტრომიცინი	15 მგ/კგ-ზე გაყოფილი 2 დოზად. მაქსიმალური დოზა 500 მგ დღეში 2-ჯერ.
ომეპრაზოლი (ან სხვა პტი-ის შესაბამისი დოზა)	1 მგ/კგ-ზე დოზა, გაყოფილი 2 მიღებად. მაქსიმალური დღიური დოზა 20 მგ 2-ჯერ დღეში.
ამოქსიცილინი	50 მგ/კგ-ზე გაყოფილი 2-დოზად, მაქსიმალური დოზა 1 გრ დღეში 2-ჯერ.
მეტრონიდაზოლი	20მგ/კგ-ზე დღეში. მაქსიმალური დღიური დოზა 500 მგ 2-ჯერ დღეში.
ომეპრაზოლი (ან სხვა პტი-ის შესაბამისი დოზა)	1 მგ/კგ-ზე დოზა, გაყოფილი 2 მიღებად. მაქსიმალური დღიური დოზა 20 მგ 2-ჯერ დღეში.
კლარიტრომიცინი	15 მგ/კგ-ზე გაყოფილი 2 დოზად. მაქსიმალური დოზა 500 მგ დღეში 2-ჯერ.
მეტრონიდაზოლი	20მგ/კგ-ზე დღეში. მაქსიმალური დღიური დოზა 500 მგ 2-ჯერ დღეში.
ომეპრაზოლი (ან სხვა პტი-ის შესაბამისი დოზა)	1 მგ/კგ-ზე დოზა, გაყოფილი 2 მიღებად. მაქსიმალური დღიური დოზა 20 მგ 2-ჯერ დღეში.
მკურნალობის სამივე რეჟიმი სამკომპონენტანია და საწყისი მკურნალობა ტარდება 14 დღის განმავლობაში.	

¹² ჩრდილოეთ ამერიკის პერიდატრიული გასტროენტეროლოგიისა და ნუტრიციოლოგიის ასოციაციის რეკომენდაცია North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *Helicobacter pylori* infection in children: recommendations for diagnosis and treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;31:496.

რეციდივი

ჰბპ-ით ინფექციის რეციდივის დიაგნოზი ისმება დოკუმენტირებული წარმატებული ერადიკაციული მკურნალობიდან სულ მცირე 6 თვის შემდეგ დადებითი შარდოვანას სუნთქვითი ან განავლოვანი ანტიგენის ტესტის საფუძველზე. რეციდივის რისკ ფაქტორებია: არაწყლულოვანი დისპეფსია, პოსტერადიკაციული პერსისტული ქრონიკული გასტრიტი, მდედრობითი სქესი, დაბალი ინტელექტი, ახალგაზრდა ასაკი, პირველადი ინფექციის მაღალი მაჩვენებელი და პირველად ჩატარებული შარდოვანას სუნთქვითი ტესტის მაღალი მაჩვენებელი. რეციდივის სისშირე სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია. თუმცა მაღალია განვითარებად ქვეყნებში. ჰბპ-ით ინფიცირებული მეუღლის ყოლა არ წარმოადგენს რეინფექციის მაღალ რისკს. რეციდივის მკურნალობა წარმოებს ალტერნატიული რეჟიმის შერჩევის საფუძველზე.

არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, ერადიკაციული მკურნალობის მოკლე კურსის რეზისტენტობის განვითარებასთან კავშირის თაობაზე.

მართვა

საგანგაშო სიმპტომების მქონე პაციენტების შეფასება

საგანგაშო სიმპტომები სახეზეა, როცა დისპეფსიას თან ახლავს:

- ქრონიკული გასტროინტესტინური სისხლდენა;
- წონაში პროგრესული აუხსნელი კლება;
- ყლაპვის პროგრესირებადი გაძნელება;
- პერსისტული პირღებინება;
- რკინა დეფიციტური ანემია;
- პალპირებადი სიმსივნე ეპიგასტრიუმში;
- ბარიუმის ფაფით დათვალიერების შემდეგ ეჭვი სიმსივნეზე;
- 55 წელს გადაცილებული პირები მუდმივი და აუხსნელი გენეზის დისპეფსიით.

ზემოთ აღნიშნული სიმპტომების მქონე პაციენტთა დაახლოებით 4%-ს შემდგომში კუჭის კიბოს დიაგნოზი დაესვა (NICE 2005).

დისპეფსიის მართვა საგანგაშო სიმპტომების მქონე პაციენტებში

- მოახდინეთ დისპეფსიის მქონე მწვავე გასტროინტესტინური სისხლდენით გართულებული პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია;
- რომელიმე საგანგაშო სიმპტომით თანდართული დისპეფსიის მქონე ყველა პაციენტი გაგზავნეთ ენდოსკოპიური კვლევაზე უახლოესი 14 დღის განმავლობაში (**I, A**) და ჩაუტარეთ სისხლის საერთო ანალიზი.

- პაციენტის რეფერალზე გაგზავნამდე შეაჩერეთ ასას პრეპარატების მიღება; სხვა ალტერნატივაა ანტაციდების* დანიშვნა (Vა, D).
- სხვა პრეპარატების მიღების ან შეწყვეტის საკითხი გადაწყვეტეთ ინდივიდუალურად, პრეპარატის მიღების სარგებლობისა და შეწყვეტის რისკის აწონ-დაწონვის საფუძველზე. გადაწყვეტილების მიღების გართულებისას, მიმართეთ სპეციალისტს.
- არსებობს მართვის სხავდასხვა ვარიანტი:
 - პრეპარატის შეწყვეტა.
 - პრეპარატის მიღების სისშირისა და დოზის გადახედვა
 - პრეპარატის სხვა გასტროინტესტინურ ტრაქტზე ნაკლებ დამაზიანებელი ზემოქმედების პრეპარატით ჩანაცვლება.
- მოიძიეთ ანამნეზიური მონაცემები პაციენტის ცხოვრების სტილის იმ ნიუანსების შესახებ, რომელთაც შეეძლოთ გაემწვავებინათ დისპეფსია.
- სანამ პაციენტი მოახერხებს ენდოსკოპიური კვლევის ჩატარებას, დისპეფსიის სიმპტომების შესამსუბუქებლად გამოუწერეთ ანტაციდი* (Vა, D). გააფრთხილეთ პაციენტი, რათა მან შეტყვიტოს პტი ინჰიბიტორის ან ჰტი-ს მიღება ენდოსკოპიის ჩატარებიდან, სულ მცირე, 2 კვირით ადრე.
- პაციენტები რომელთა მდგომარეობა სერიოზულად მძიმდება გაგზავნეთ რეფერალზე.

პრეპარატები რომლებიც ცნობილია, რომ იწვევენ გასტროინტესტინურ სისხლდენას:

- ასას პრეპარატები (იბუპროფენი, დიკლოფენაკი, ნაპროქსენი, ინდომეტაცინი);
- ანტიაგრეგანტები (ასპირინი, კლოპიდოგრელი);
- ანტიკოაგულანტები (ვარფარინი);
- კორტიკოსტეროიდები (პრედნიზოლონი).

* ანტაციდური საშუალებები ამსუბუქებენ დისპეფსიის სიმპტომებს, მაგრამ არ „ნიღბავენ“ ავთვისებიან სიმსივნესა და წყლულს, ამიტომ ექსპერტები მათი დანიშვნის რეკომენდაციას იძლევიან ენდოსკოპიის ჩატარებამდე. ამასთან, მწირია მტკიცებულებები ამ პრეპარატების ფართოდ გამოყენების თაობაზე.

დისპეფსიის მართვა პაციენტებში, რომელთაც არ აქვთ საგანგაშო სიმპტომები და არ ღებულობენ ასას პრეპარატებს.

- ჩაუტარეთ სისხლის საერთო ანალიზი შესაძლო ანემიის გამოსავლენად (Vა, D).
- მოიძიეთ ანამნეზიური მონაცემები პაციენტის ცხოვრების სტილის იმ ნიუანსების შესახებ, რომელთაც შეეძლოთ გაემწვავებინათ დისპეფსია.
- მოიძიეთ ინფორმაცია იმ მედიკამენტების შესახებ, რომელთაც ღებულობს პაციენტი და რომლებიც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე დამზიანებლად მოქმედებენ და რომელთაც შეეძლოთ დისპეფსიის გამწვაება.
- დისპეფსიის სიმპტომური მკურნალობისათვის გამოუწერეთ ანტაციდური პეპარატი.
- მუდმივი სიმპტომატიკის მოსახსნელად, დამატებით გამოუწერეთ შემდეგი პრეპარატები*:
 - **I ეტაპი:** პირადი შეხედულებისამებრ დაუნიშნეთ **პტი** სრული დოზით ერთი თვის მანძილზე ან უმკურნალოთ *Helicobacter pylori*-ის ინფექციას – ჩაატარეთ ერადიკაციული მკურნალობა (**I A, II B**).
 - **II ეტაპი:** პაციენტები რომლებიც არ დაემორჩილენ **პტი**-ით მკურნალობას, გამოიკვლიეთ და დადასტურების შემთხვევაში უმკურნალოთ **ჰბპ**-ით ინფექციას. პაციენტები რომლებიც არ დაემორჩილენ **ჰბპ**-ით ინფექციის მკურნალობის სქემას, დაუნიშნეთ **პტი**-ით ერთ თვიანი მკურნალობა.
 - **III ეტაპი:** პაციენტები რომლებიც არ დაემორჩილენ არც **ჰბპ**-ით ინფექციის ერადიკაციულ მკურნალობას და არც **პტი**-ით მკურნალობას, დაუნიშნეთ ან პროკონეტიკური საშუალება (დომპერიდონი, მეტოკლოპრამიდი) ან **ჰ2რ** რეცეპტორის ანტაგონისტის ერთ თვიანი კურსი.
 - ის პაციენტები, რომლებიც არცერთ ზემოთ ჩამოთვლილ მკურნალობას არ დაექვემდებარენ, გაგზავნეთ რეფერალზე სპეციალისტთან.
 - წარმატებული მკურნალობის შემდეგ განვითარებული რეციდივის დროს განაახლეთ ძველი მკურნალობა, მაგრამ:
 - ✓ დანიშნეთ შემანარჩუნებელი მინიმალური დოზა;
 - ✓ ურჩიეთ პაციენტს გამოიყენოს მედიაკმენტური მკურნალობა მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში;
 - ✓ სულ მცირე, ერთხელ წელიწადში გადახედეთ შემანარჩუნებელ მკურნალობას.

* დისპეფსიის მქონე და საგანგაშო სიმპტომების არმქონე პაციენტების ემპირული მკურნალობა, ეყარება NICE-ის შეაჯამებული რანდომიზებულ კონტროლირებული კვლევებიდან მიღებულ მტკიცებულებებს. კვლევებმა ვერ აღმოაჩინა სხვაობა

ემპირიული მკურნალობა ჩატარებულ და ენდოსკოპიის შემდეგ ნამკურნალე პაციენტთა საერთო გამოსავალში.

ნაკლებად სასურველია საწყისი მკურნალობის დაწყება **ჰ2რი** რეცეპტორის ბლოკატორებით და პროკინეტიკებით. სისტემური კვლევების საფუძველზე დადგინდა რომ დისპეფსიის სიმპტომების გაუმჯობესების მხრივ **პ30** ინჰიბიტორები უფრო ეფექტურია ვიდრე **ჰ2რი** ბლოკატორები.

არასაკმარისია მტკიცებულებებია პროკინეტიკების შესახებ და შემანარჩუნებელი მკურნალობისა და მდგომარეობის ყოველწლიური შეფასების თაობაზე.

არსებობს მცირე რაოდენობით მტკიცებულებები ქრონიკული, პერსისტული დისპეფსიის ხანგრძლივი მართვის შესახებ. რეკომენდაციები ექტრაპოლირებულია ხანმოკლე კურსით მკურნალობის მცდელობებიდან, და ემყარება კონსენსუსს. პერიოდული მედიკამენტური მკურნალობა რეკომენდებულია, როგორც კარგი კლინიკური პრაქტიკა; თუმცა, არ მოიპოვება მტკიცებულებები მკურნალობის ოპტიმალური პერიოდის შესახებ.

დისპეფსიის მართვა საგანგაშო სიმპტომების არმქონე პირებში, რომლებიც ასას პრეპარატებს ღებულობენ

- ჩაატარეთ სისხლის საერთო ანალიზი შესაძლო ანემიის გამოსავლენად;
- დისპეფსიის მწვავე სიმპტომების მოსახსნელად გამოწერეთ ან ურჩიეთ ანტაციდის ხმარება;
- მოიძიეთ ანამნეზიური მონაცემები პაციენტის ცხოვრების სტილის იმ ნიუანსების შესახებ, რომელთაც დისპეფსიის გამწვაება შეეძლოთ. მოიძიეთ ინფორმაცია იმ მედიკამენტების შესახებ, რომელთაც პაციენტი ღებულობს და რომელთაც შეუძლიათ გასტროინტესტინური სისხლდენის გამოწვევა ან დისპეფსიის გამწვაება;
- შეუწყვიტეთ არასტერილული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატის მიღება, თუ ეს შესაძლებელია (**Va, D**) და დანიშნეთ **პ30** ინჰიბიტორი ერთი თვით;
- თუ სიმპტომები კვლავ აღმოცენდება (რეციდივი), შეამოწმეთ და უმკურნალეთ **ჰ30**-ით ინფექციას;
- შესთავაზეთ ალტერნატიული ანალგეზიური საშუალება (მაგ., პარაცეტამოლი);
- როდესაც **ასას** პრეპარატების შეწყვეტა არ ხერხდება: გამოწერეთ **პ30** ინჰიბიტორის სრული დოზა ერთი თვით და შემდგომ დანიშნეთ მისი შემანარჩუნებელი დოზა გასტროინტესტინური სისხლდენის რისკის შესაბამისად (**II, B – III, C**);
- შეამოწმეთ და დადებითი პასუხის შემთხვევაში უმკურნალეთ **ჰ30**-ით ინფექციას (**Va, D**);
- თუ შესაძლებელია, შეამცირეთ **ასას** პრეპარატის გასტროინტესტინურ ტრაქტზე ზემოქმედების რისკი **ასას** პრეპარატის დოზის და/ან მიღების

სისშირის შემცირებით; ან ჩანაცვლეთ **ასას** პრეპარატი რომელიმე გასტროინტესტინურ ტრაქტზე ნაკლებ დამაზიანებელი ზემოქმედების მქონე სხვა **ასას** პრეპარატით;

- აღნიშნული ღონისძიებების უეფექტობისას პაციენტი გაგზავნეთ რეფერალზე სპეციალისტთან.

ცხრილი №11

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები და გასტროინტესტინური უსაფრთხოება.

რისკი	ასას პრეპარატი	კომენტარი
მაღალი რისკი	<ul style="list-style-type: none"> ▪ აზაპროპაზონი 	ძლიერი ნივთიერებაა, გამოიყენება როგორც მეორე რიგის პრეპარატი რევმატოიდული ართრიტის, მანკილოზებელი სპონდილიტის და პოდაგრის დროს.
საშუალო რისკი	<ul style="list-style-type: none"> ▪ პიროქსიკამი, ▪ ინდომეტაცინი ▪ კეტოპროფენი ▪ დიკლოფენაკი ▪ ნაპროქსენი 	პიროქსიკამი შეიძლება ჩაითვალოს ყველაზე მაღალი რისკის პრეპარატად ამ ჯგუფში.
დაბალი რისკი	<ul style="list-style-type: none"> ▪ იბუპროფენი 	ყველაზე დაბალი რისკი

გასტროინტესტინური სისხლდენისა და დისპეფსიის გამომწვევი პრეპარატების გამოყენება

- ამ პრეპარატების გამოყენება რეკომენდებულია თითოეული პაციენტის ინდივიდუალური შემთხვევიდან გამომდინარე, პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის, პრეპარატის დანიშვნის აუცილებლობისა და მისი გასტროინტესტინურ ტრაქტზე მავნე ზემოქმედების რისკის ხარისხის გათვალისწინებით. როცა შემთხვევა რთულია მოიძიეთ სპეციალისტის აზრი (**V, D**).
- სავარაუდო რეკომენდაციებია:
 - პრეპარატის შეწყვეტა;
 - პრეპარატის მიღების სისშირისა და დოზის შემცირება;
 - პრეპარატის შეცვლა გასტროინტესტინური სისხლდენისა და დისპეფსიის განვითარების მხრივ ნაკლები რისკის მქონე პრეპარატით;
 - გასტროპროტექტორის ფონზე პრეპარატის მიღების გაგრძელება.

პრეპარატები რომლებიც ცნობილია, რომ იწვევენ გასტროინტესტინურ სისხლდენას, წყლულსა და დისპეფსიას

წამლის ჯგუფი	წამლის დასახელება
ანტიაგრეგანტები*	ასპირინი კლოპიდროგელი
ანტიკოაგულანტები*	ვარფარინი
კორტიკოსტეროიდები*	პრედნიზოლონი
არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები*	ასპირინი, იბუპროფენი, დიკლოფენაკი, ნაპროქსენი, ინდომეტაცინი
ანტიბიოტიკები	მაკროლიდები, ეროთრომიცინი, მეტრონიდაზოლი
ანტიდებრესანტები, სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორები	ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი
ბიფოსფონატები	ალედრონატის მჟავა, სოდიუმ რისედრონატი
კალციუმის ანტაგონისტები	ნიფედიპინი, დილთიაზემი, ვერაპამილი
რკინა	რკინის სულფატი
ნიტრატები	იზოსორბიდ მონონიტრატი
კალიუმის არხის აქტივატორები +	ნიკორანდილი
ქსანთინის ჯგუფის ბრონქოდილატატორები	თეოფილინი
სხვა	კოლხიციანი, ლევოდოპა, დიგოქსინი, კალიუმის ქლორიდი, ქინიდინი.
* მომატებული გასტროინტესტინური სისხლდენის რისკი.	
+ ნიკორანდილი ასოცირებულია გასტროინტესტინური წყლულების განვითარებასთან. წყლულები რეფრაქტერულია მკურნალობის მიმართ .ერთადერთი გამოასავალი პრეპარატის მოხსნაა.	

რეკომენდაციები ცხოვრების სტილის შესახებ:

- წინაში დაკლება;
- თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა-შემცირება;
- ალკოჰოლის მოხმარების შემცირება;
- ნებისმიერი იმ სასმელის ან საჭმლის მიღების შეწყვეტა ან შემცირება რომლებიც აუარესებს სიმპტომებს;
- რეფლუქსის მქონე პაციენტებს ურჩიეთ მიიღოს ვახშამი არა უგვიანეს ძილის წინ 3-4 საათით ადრე;
- გაზარდოს საწოლში ბალიშის სიმაღლე.

ბერდ-ის მკურნალობა

ბერდ-ს იშვიათად ახლავს გართულებები, მაგრამ ბერდ-ი ხშირად მნიშვნელოვნად აუარესებს ცხოვრების ხარისხს (I, A). ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ გარკვეულ შემთხვევებში იზრდება ბერდ-ის გართულებების რისკი (იხ. ქვეთავი „ბერდ-ის გართულებები“). აღნიშნულიდან გამომდინარე, აუცილებელია ბერდ-ის ადეკვატური მკურნალობა.

მკურნალობის პრინციპები

ბერდ-ის მკურნალობის რეჟიმის შერჩევას გასათვალისწინებელია ბერდ-ის კლინიკური ფორმა:

- ბერდ-ი დადგენილია მხოლოდ დამახასიათებელი სიმპტომების საფუძველზე (ე.წ. „სიმპტომებით მიმდინარე გერდ-ი“) და შემდგომი გამოკვლევის საჭიროება არ არის; ამასთან, გასათვალისწინებელია სიმპტომების სიმძიმე და სიხშირე;
- დადგენილია „საყლაპავის ობიექტურად დადასტურებულ დაზიანება“ - რეფლუქსით გამოწვეული საყლაპავის დაზიანება, რომელიც ენდოსკოპიურად დასტურდება;

მკურნალობის შერჩევას ასევე გასათვალისწინებელია შემდეგი კლინიკური გარემოებანი:

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

ბერდ-ის მკურნალობის სტრატეგიები¹³

ბერდ-ის მკურნალობის სტრატეგიებია:

- ცხოვრების წესის შეცვლა;
- ანტაციდური მკურნალობა;
- ანტისეკრეტორული მკურნალობა:
 - პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები (პტი),
 - პისტამინ-2 რეცეპტორების ანტაგონისტები (ჰ2რი);
- პროკინეტიკური მკურნალობა (განსაკუთრებულ შემთხვევებში).

¹³ ანტაციდური და ანტისეკრეტორული წამლების შეესახებ შედარებით დეტალური ინფორმაცია მოცემულია თავში „დისპეფსიის მკურნალობა“, ქვეთავი „მკურნალობის სტრატეგიები“.

მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევასას გასათვალისწინებელია შემდეგი:

- პტი-ები ჰტი-ებთან შედარებით უფრო ეფექტურია ეზოფაგიტის სამკურნალოდ და ბერდ-ის სიმპტომების შესამცირებლად; თავის მხრივ, ჰტი-ები პლაცებოზე უფრო ეფექტურია (I, A);
- პტი-ები უნდა დაინიშნოს ჭამის წინ 30-60 წუთით ადრე (III, C);
- პროკინეტიკური მკურნალობა არ უნდა დაინიშნოს რეფლუქსის საწყისი მკურნალობისას (III, C);
- პროკინეტიკური მკურნალობა არ უნდა დაინიშნოს რეფლუქსის ხანგრძლივი მკურნალობისთვის (I, A).

ბერდ-ის მკურნალობა კლინიკური სიტუაციის ბათვალისწინებით

გერდის სიმპტომები საშიშროების ნიშნების გარეშე:

როცა ბერდ-ის დიაგნოზი დგინდება დამახასითებელი სიმპტომების საფუძველზე, არ არის საშიშროების ნიშნები და, შესაბამისად, შემდგომი გამოკვლევების საჭიროება არ არის, პაციენტის მკურნალობა მოიცავს შემდეგს:

- ცხოვრების წესის შეცვლა (V, D) და
- ანტაციდური საშუალებები ან ჰტი-ები 1 თვის მანძილზე, თუ სიმპტომების შედარებით იშვიათია (გულძმარვის სიმპტომები კვირაში 3-ჯერ და უფრო იშვიათად) (I, A) ან
- პტი-ები ნაცვლად ჰტი-ებისა 1 თვის მანძილზე, თუ სიმპტომები უფრო გამოხატულია, რადგან პტი-ები უფრო ეფექტურად აქვეითებენ კუჭის შიგთავსის მუავიანობას, ამცირებენ გულძმარვასა და ეზოფაგიტის ობიექტურ ნიშნებს (I, A).

თუ აღნიშნული მკურნალობა არაეფექტურია, ინიშნება:

- პტი-ის სრული დოზა (დღეში ერთხელ) კიდევ 1 თვის განმავლობაში (I, A);

თუ ბერდ-ის ზემოაღნიშნული საწყისი მკურნალობა ანტაციდებით და/ან ანტისეკრეტორული საშუალებებით ეფექტურია, ჩვეულებრივ, პაციენტის შემდგომი გამოკვლევა საჭირო აღარ არის. პაციენტის მკურნალობა უნდა შეწყდეს და უნდა შეფასდეს, ჭირდება თუ არა პაციენტს ხანგრძლივი მკურნალობა (III, C).

თუ ბერდ-ის სიმპტომები განმეორდება (რეციდივი), შეიძლება იგივე მკურნალობის განმეორება.

თუ პტი-ს სრული დოზით 2-თვიანი მკურნალობა არაეფექტურია, შესაძლებელია დაინიშნოს:

- პტი-ის სრული დოზა (დღეში ორჯერ) 1 თვის განმავლობაში (**II, B**);

თუ მკურნალობის ეს უკანასკნელი რეჟიმი არაეფექტური აღმოჩნდება, საჭიროა ემპირიული მკურნალობის შეწყვეტა და პაციენტის დამატებითი გამოკვლევა – ენდოსკოპია (**III, D**).

ენდოსკოპიურად დადგენილი გერდ-ი ან გერდ-ის სიმპტომები, როცა ენდოსკოპიური ცვლილებები არ არის

როცა ბმრდ-ის დიაგნოზი დგინდება ენდოსკოპიურად, მაგალითად, გამოვლინდა რეფლუქს-ეზოფაგიტი, ინიშნება შემდეგი საწყისი მკურნალობა:

- პტი-ის სრული დოზა (დღეში ერთხელ) 1 თვის განმავლობაში (**I, A**);

თუ ბმრდ-ის ზემოაღნიშნული საწყისი მკურნალობა ეფექტურია, ჩვეულებრივ, პაციენტის შემდგომი გამოკვლევა ან ხანგრძლივი მკურნალობა საჭირო აღარ არის.

თუ საწყისი მკურნალობა არაეფექტურია უნდა დაინიშნოს:

- პტი-ის სრული დოზა (დღეში ერთხელ) კიდევ 1 თვის განმავლობაში – სულ 2 თვე (**I, A**);

აღნიშნული ერთთვიანი დამატებითი მკურნალობის ეფექტურობა უფრო გამოხატულია ენდოსკოპიურად დადგენილი რეფლუქს-ეზოფაგიტის დროს.

თუ პტი-ს სრული დოზით 2-თვიანი მკურნალობა არაეფექტურია, შესაძლებელია დაინიშნოს:

- პტი-ის სრული დოზა (დღეში ორჯერ) 1 თვის განმავლობაში (**II, B**), რასაც შეიძლება დაემატოს
- ჰ2რი-ი ძილის წინ 2-კვირიანი პერიოდული მკურნალობის სახით, თუ პაციენტს პტი-ით საწყისი მკურნალობის მიუხედავად გამოხატული აქვთ სიმპტომები ღამით (**V₃, D**).

ამ უკანასკნელის შესახებ მტკიცებულებები მცირეა და ეფექტიც ხანმოკლე; ამასთან, გასათვალისწინებელია ტაქიფილაქსიის განვითარების შესაძლებლობა ჰ2რი-ებით ხანგრძლივი მკურნალობისას; ამიტომ მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ხანმოკლე, 2-კვირიანი, კურსების სახით.

თუ ენდოსკოპიურად დადგენილია რეფლუქს-ეზოფაგიტის მძიმე ფორმა დაზიანება ან სტრიქტურა:

- თავიდანვე ინიშნება **პტი**-ის სრული დოზა დღეში ორჯერ (**I, A**); მკურნალობა ტარდება 1-2 თვის მანძილზე;

თუ მომდევნო 1-თვიანი მკურნალობა **პტი**-ს სრული დოზით დღეში 2-ჯერ არაეფექტურია:

- გააგრძელეთ მკურნალობა **ჰ2რი**-ით ან პროკინეტიკური საშუალებებით (**III, C**). ამასთან, პროკინეტიკური საშუალებების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ მოკლე კურსის სახით.
- გააგზავნეთ პაციენტი სპეციალისტთან (რეფერალი) შემდგომი გამოკვლევისა და მკურნალობის უეფექტობის მიზეზების დასადგენად.

- როდესაც **ბერლ**-ის ზემოთ აღწერილი მკურნალობა არაეფექტურია და პირველი ენდოსკოპიური გამოკვლევით საყლაპავის რაიმე დაზიანება გამოვლენილი არ იქნა, განმეორებით ენდოსკოპიას აზრი არ აქვს და არ უნდა ჩატარდეს (**III, C**).

- თუ **ბერლ**-ის ზემოთ აღწერილი მკურნალობა ეფექტურია, პაციენტის მკურნალობა უნდა შეწყდეს და უნდა შეფასდეს, ჭირდება თუ არა პაციენტს ხანგრძლივი მკურნალობა (**III, C**).

მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ **ბერლ**-ის რეციდივის შემთხვევაში:

- კვლავ დაიწყეთ მკურნალობა **პტი**-ის სრული დოზით;
- ურჩიეთ პაციენტს ეტაპობრივად შეამციროს **პტი**-ის დოზა მინიმალურ ეფექტურ დოზამდე (**V, D**);
- შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ანტაციდური და ანტისეკრეტორული მკურნალობა მხოლოდ **ბერლ**-ის სიმპტომების აღმოცენებისას ამ სიმპტომების მოსახსნელად – ე.წ. „მკურნალობა საჭიროებისას“ (**II, B**);
- აუხსენით პაციენტს, რომ **პტი**-ებით ხანგრძლივი მკურნალობა არ იწვევს მნიშვნელოვან გვერდით მოვლენებს (**III, C**).

როდესაც შეირჩევა რეჟიმი „მკურნალობა საჭიროებისას“ გასათვალისწინებელია, რომ სიმპტომების შემცირებას ყველაზე სწრაფად იწვევენ ანტაციდური საშუალებები; თუმცა, მათი ეფექტი ხანმოკლეა. მათი შეუღლებით ანტისეკრეტორულ საშუალებებთან (**პტი, ჰ2რი**) შესაძლებელია ანტაციდების ხანმოკლე ეფექტის გახანგრძლივება.

პტი-ის დოზის ეტაპობრივი დაქვეითება არ არის რეკომენდებული შემდეგ შემთხვევებში:

- გართულებული ეზოფაგიტის – სტრიქტურა და/ან წყლული და/ან ჰემორაგია;
- ბარეტის ეზოფაგიტი;
- ასას-ის ქრონიკულად მიღება;
- პაციენტები, რომლებსაც წარსულში ჰქონიათ სისხლმდენი პეპტიური წყლული და კვლავ აღენიშნებათ ლაბორატორიულად დადასტურებული ინფექცია ჰპპ-ით, მიუხედავად ორჯერ ჩატარებული ერადიკაციული მკურნალობისა.

▪ მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში გააგზავნეთ პაციენტი სპეციალისტთან (რეფერალი) შემდგომი გამოკვლევის, მკურნალობის უეფექტობის მიზეზების დასადგენად და მკურნალობის ეფექტური მეთოდების (მათ შორის ქირურგიული მკურნალობის) შესარჩევად (I, A).

რეკომენდაციები ცხოვრების წესის შეცვლის შესახებ

ბერდ-ის მქონე ყველა პაციენტისათვის ცხოვრების წესის შესახებ რეკომენდაციების ეფექტურობის შესახებ მყარი მტკიცებულებები არ გვაქვს და ის ძირითადად ეყრდნობა ექსპერტების მოსაზრებებს (V, D).

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

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

რეკომენდაციები ცხოვრების წესის შეცვლის შესახებ:

- იმ სასმელებისა და საკვების თავის არიდება, რომლებიც პაციენტის დაკვირვებით იწვევენ სიმპტომების გაუარესებას; ჩვეულებრივ, ეს ის პროდუქტებია, რომლებიც იწვევენ რეფლუქსს ან აუარესებენ გულმმარვას.
პროდუქტები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიონ/გააძლიერონ რეფლუქსი:
 - ყავა;
 - ალკოჰოლი;
 - შოკოლადი;

- ცხიმოვანი მუკვები.
- პროდუქტები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიონ/გააძლიერონ გულძმარვა:
 - ციტრუსები;
 - გაზიანი სასმელები;
 - ცხარე საკვები (წიწაკა, ნიორი, ტომატი და ა.შ.).
- საკვების მიღება მცირე ულუფებად;
- საკვებისაგან თავის შეკავება ძილის წინ 3-4 საათით ადრე;
- საკვების მიღებიდან გარკვეული დროის განმავლობაში დაწოლისაგან თავის შეკავება იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში უუარესდებათ გულძმარვისა და რეგურგიტაციის სიმპტომები;
- წონაში კლება იმ პაციენტებისათვის, რომლებსაც ჭარბი წონა აქვთ და აღენიშნებათ ბერდ-ის საყლაპავისმიერი სიმპტომები;
- თამბაქოს მიტოვება, თუ მწვეველია;
- სასთუმალის (საწოლის თავის) ამაღლება იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც ძილის დროს უუარესდებათ გულძმარვისა და რეგურგიტაციის სიმპტომები; ამასთან, არ არის რეკომენდებული ბალიშების დამატება, რადგან ამ შემთხვევაში ადამიანი მოხრილი იძინებს და მუცლისშიდა წნევა შეიძლება გაიზარდოს და ბერდ-ის სიმპტომები შეიძლება გაუარესდეს;
- თავის არიდება იმ წამლებისთვის, რომლებიც აქვეითებენ საყლაპავის ქვედა სპინქტერის ტონუსს: მაგალითად, კალციუმის ანტაგონისტები, თეოფილინი, ნიტრატები, ბეტა-აგონისტები, ალფა-აგონისტები, ბენზოდიაზეპინები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, ანტიქოლინერგული საშუალებები^{2,4};
- სტრესისათვის თავის არიდება, რელაქსაცია.

6. ხანბრძლივი მეთვალყურეობა

რეკომენდაციები დისაუზსიის მეთვალყურეობის შესახებ

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

რეკომენდაციები ბერდ-ის მეთვალყურეობის შესახებ

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

7. ეთიკურ-სამართლებრივი საკითხები

როგორც დისპეფსიის, ისე ბარეტის მართვისას უმთავრესი ეთიკური საკითხია სწორი არჩევანი ხარჯ-ეფექტურობასა და რისკის სწორად შეფასებასა და დამატებითი გამოკვლევების დროულად ჩატარებას შორის. ანუ, ერთი მხრივ, დაუსაბუთებლად არ უნდა ჩატარდეს ძვირად ღირებული და/ან ინვაზიური გამოკვლევები, ხოლო, მეორე მხრივ, სათანადო რისკის არსებობისას, არ უნდა ითქვას უარი საჭირო გამოკვლევებზე, რომელთაც შეუძლიათ გართულებების დროული ამოცნობა (მაგ., დამატებითი გამოკვლევები, კიბოზე ან სისხლდენაზე ექვის დროს, ბარეტის ეზოფაგიტზე დაკვირვება და ა.შ.).

ასევე საყურადღებოა ხანგრძლივი მკურნალობის საკითხები, როდესაც ანტისეკრეტორული საშუალებები თვეების განმავლობაში ინიშნება. აღნიშნულის შესახებ სათანადო განმარტებები უნდა მიეცეს როგორც პაციენტს, ისე გადამხდელს (მაგ., სადაზღვევო კომპანიებს).

ყველა შემთხვევაში კარგად უნდა განემარტოს პაციენტს არსებული მიდგომარეობა, პროგნოზი და შემდგომი გამოკვლევების საჭიროება ან უსარგებლობა. დასაბუთებული გადაწყვეტილება დაავადების მართვის შესახებ ყოველთვის უნდა დაფიქსირდეს სამედიცინო ჩანაწერებში.

8. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლის შემუშავების რეკომენდაციები

რეკომენდაციები გაიდლაინის იმპლემენტაციის შესახებ

გაიდლაინის დანერგვის (იმპლემენტაციის) ხელშეწყობი ფაქტორები

- ოჯახის ექიმებს გავლილი აქვთ ინტენსიური მზადების კურსი, რომელიც მოიცავს მტკიცებულებით მედიცინას და დაავადებათა მართვის თანამედროვე მიდგომებს;
- გაურთულებელი შემთხვევების ემპირიული მკურნალობის ეფექტურობა;
- ანტისეკრეტორული წამლების ხელმისაწვდომობა;
- ენდოსკოპიის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.

მოსალოდნელი გარიგებები გაიდლაინის დანერგვის პროცესში

- სპეციალისტების მხრიდან მოთხოვნა უფრო მეტი ინვაზიური გამოკვლევებისა;
- კონსენსუსის არ არსებობა დისპეფსიისა და ბერდ-ის მართვის საკითხებში. ეს ეხება როგორც დიაგნოზს, ისე მკურნალობას;
- ჰბპ-ის სადიაგნოზო ტესტების არ არსებობა ან გეოგრაფიული ხელმიუწვდომლობა;
- სადაზღვევო პირობების შეუსაბამობა გაიდლაინთან;
- სამკურნალო და სადიაგნოზო საშუალებების ფინანსური ხელმიუწვდომლობა;
- ექიმების მიერ დისპეფსიისა და ბერდ-ის სიმპტომებისა და ნიშნების ხშირად ერთმანეთში აღრევა.

გაიდლაინის იმპლემენტაციის რეკომენდებული მეთოდები

გაიდლაინების გავრცელება/ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

- გაიდლაინის და თანმხლები მასალების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ინტერნეტის გზით, ასოციაციის ვებ-გვერდი, სამინისტრო და ა.შ.
- გაიდლაინების ნაბეჭდი და კომპიუტერული ვერსიების (კომპაქტ-დისკზე) გამრავლება და სამიზნე კონტინგენტში მათი გავრცელება.

განათლება და ტრეინინგი

- გაიდლაინებში მოცემული რეკომენდაციების ამსახველი საგანმანათლებლო მასალების გავრცელება. მასალის გავრცელება შეიძლება კომბინირებული იყოს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებთან (იხ. ქვემოთ). ამასთან, უმჯობესია, მასალები გავრცელდეს ასეთი პროგრამის ჩატარებამდე. ეს საშუალებას მისცემს ექიმებს წინასწარ გაეცნონ გაიდლაინს და მომზადებულები მოვიდნენ პროგრამაზე დასასწრებად;
- გაიდლაინზე დაფუძნებული უწყვეტი სამედიცინო პროგრამები, ცხადია, უპირველეს ყოვლისა, გამიზნული უნდა იყოს ოჯახის ექიმებისათვის. პროგრამის სავარაუდო ხანგრძლივობაა 1 დღე. ამასთან, აუცილებელია, რომ მზადების პროგრამაში ჩართული იყვნენ გასტროენტეროლოგები, როგორც სამიზნე კონტინგენტის, ისე ფაკულტეტის წევრების სახით;
- გაიდლაინის ინტეგრირება ოჯახის ექიმთა დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამებში, მათ შორის, ოჯახის ექიმთა მოკლევადიანი (გადამზადების) პროგრამაში.

სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა;

- გაიდლაინებზე დაფუძნებული კითხვარების ჩართვა სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდების ტესტებში სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“

პროფესიული კონსენსუსის მიღწევა

- მიუხედავად გაიდლაინის დამტკიცებისა, მოსალოდნელია, რომ რეალური კონსენსუსი დისპეფსიისა და ბმრდ-ის მართვის საკითხებზე მიღწეული ვერ იქნება ოჯახის ექიმებსა და შესაბამისი დარგის სპეციალისტებს შორის (გასტროენტეროლოგები). ამის მიზეზია დამკვიდრებული სტერეოტიპები. შესაბამისად, აუცილებელია იქნება ერთობლივი ღონისძიებების ორგანიზება ამ ორი დარგის სპეციალისტების მონაწილეობით. აღნიშნულს გააადვილებს პროფესიული ასოციაციების თანამშრომლობა;
- ექიმების ჩართვა გაიდლაინზე დაფუძნებული აუდიტის ჩატარებაში; ინფორმაციის მოძიება და გამოქვეყნება ცალკეულ შემთხვევებში ექიმების მიერ გაიდლაინის პრაქტიკაში გამოყენების დადებით შედეგების შესახებ.

სადაზღვევო კომპანიების ინფორმირება:

- სადაზღვევო კომპანიებმა უნდა გაითვალისწინონ და დააფინანსონ დისპეფსიისა და ბმრდ-ის მართვისათვის აუცილებელი გამოკვლევები და მკურნალობის მეთოდები.

კერძოდ, გამოკვლევის ეტაპზე დაფინანსებული უნდა იყოს ყველა ენდოსკოპიური გამოკვლევა, რომელიც ჩვენებით არის დანიშნული. ყველა შემთხვევაში გათვალისწინებული უნდა იყოს საშიშროების / საგანგაშო ნიშნები. ამასთან, ჩვენების შემთხვევაში დაფინანსებული უნდა იყოს *Helicobacter pylori*-ით ინფექციის სადიაგნოზო ტესტები (შარდოვანას სუნთქვითი ტესტი, განავლოვანი ანტიგენის ტესტი, ვალიდური სეროლოგიური ტესტი და ა.შ.).

გაიდლაინზე დაფუძნებით აუდიტის ჩატარება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში

- აუდიტი შეიძლება განხორციელდეს:
 - ოჯახის ექიმთა დიპლომის შემდგომი მზადების პროგრამის ფარგლებში (როგორც სრულვადიანი, ისე მოკლევადიანი);
 - დაწესებულების ინიციატივით;
 - სადაზღვევო კომპანიის ინიციატივით.

ე.წ. შემახსენებლები სამედიცინო პერსონალისათვის

- სქემის სახით შეიძლება მომზადდეს დისპენსიის და ბმრდ-ის მართვის სქემა (იხ. ცრილი „გამოკვლევის სქემა დისპენსიის დროს“).

კლინიკური პრაქტიკის აუდიტის კრიტერიუმები

კლინიკური პრაქტიკის აუდიტის პერიოდული ჩატარება ქვემოთ მოცემული კრიტერიუმების გამოყენებით ხელს შეუწობს წინამდებარე გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვას. მოსალოდნელია, რომ ამ უკანასკნელმა უნდა გააუმჯობესოს პაციენტების ცხოვრების ხარისხი და შეამციროს გაუმართლებელი ხარჯები (გაიზარდოს ხარჯ-ეფექტურობა).

აუდიტის ციკლი უნდა მოიცავდეს ყველა კომპონენტს:

- აუდიტის კრიტერიუმების შერჩევა;
- სტანდარტების განსაზღვრა თითოეული კრიტერიუმისათვის;
- მომზადება, დაგეგმვა, მასალის მოძიება;
- შედეგების ანალიზი;
- რეკომენდაციების ჩამოყალიბება;
- განმეორებით აუდიტი.

აუდიტის კრიტერიუმები – დისპენსია

აუდიტის მიზანია, შეფასდეს, ტარდება თუ არა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ დისპენსიის მქონე პაციენტების შეფასება, მკურნალობა და მეთვალყურეობა წინამდებარე გაიდლაინის მიხედვით.

აუცილებელი არ არის, რომ აუდიტისათვის შერჩეული კრიტერიუმებიდან აუდიტის თითოეული ციკლის დროს გამოყენებული იქნას ყველა კრიტერიუმი. უნდა შეირჩეს კონკრეტული შემთხვევისათვის მნიშვნელოვანი, პრაქტიკული კრიტერიუმები.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ დისპენსიის მართვის აუდიტისთვის შეირჩა შემდეგი კრიტერიუმები:

- შეფასებულია საგანგაშო ნიშნები;
- საგანგაშო ნიშნების მქონე პაციენტებს ერჩიათ სპეციალისტთან რეფერალი და ენდოსკოპია;
- კვლევისათვის არ არის გამოყენებული კუჭ-ნაწლავის ზედა ტრაქტის ერთჯერადი კონტრასტული კვლევა;
- ანტაციდები გამოიყენება მხოლოდ ხანმოკლე კურსის სახით;
- საგანგაშო ნიშნების გარეშე მიმდინარე გაურთულებელი დისპენსიის სამკურნალოდ დასაწყისში მხოლოდ ანტისეკრეტორული მკურნალობა;
- ერადიკაციული მკურნალობა მოიცავს გაიდლაინით გათვალისწინებულ სამკომპონენტო მკურნალობას; ამასთან, გათვალისწინებული გასული 1

წლის მანძილზე პაციენტი იღებდა თუ არა მეტრონიდაზოლს ან კლარიტრომიცინს;

- ერადიკაციული მკურნალობის ხანგრძლივობა არ არის 7 დღეზე ნაკლები;
- ერადიკაციული მკურნალობის ეფექტურობის შესანარჩუნებლად არ გამოიყენება სეროლოგიური მეთოდი.

სტანდარტების განსაზღვრის შესახებ

სტანდარტი თითოეული კირტერიუმისათვის უნდა განისაზღვროს ზოგადად ქვეყანაში არსებული მდგომარეობისა და ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებით. ეს უკანასკნელი მოიცავს არსებული მატერიალურ-ტექნიკურ რესურსებს, სპეციალისტების პანელის ხელმისაწვდომობას, დაფინანსების/დაზღვევის პირობებს, ადგილობრივი მოსახლეობის დამოკიდებულებას და ა.შ.

ხშირად, სტანდარტების განსაზღვრას მაქსიმალისტური მიდგომა ადგილობრივი თავისებურებების გათვალისწინების გარეშე გამართლებული არ არის.

მომზადება, დაგეგმვა, მასალის მოძიება

მასალა აუდიტისათვის აღებული უნდა იქნეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში გამოყენებული სამედიცინო ჩანაწერებიდან. ამისათვის გამოსაყენებელია (დამოკიდებულია შესაფასებელ კრიტერიუმზე):

- ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი;
- ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების რეგისტრაციის ჟურნალი;
- ლაბორატორიული გამოკვლევების ჟურნალი;
- კონსულტაციის ბარათი.

რეკომენდაციების ჩამოყალიბება

აუდიტის ბოლოს აუცილებლად უნდა მომზადდეს რეკომენდაციები, რომლის მიზანი იქნება დისპეუსიის მართვაში გაიდლაინის უფრო ეფექტურად გამოყენება იმ კრიტერიუმებთან მიმართებაში, სადაც ნანახი იქნა დადგენილ სტანდარტზე დაბალი მაჩვენებლები.

აუდიტის კირტირიუმები – ბერდ-ი

აუდიტის მიზანია, შეფასდეს, ტარდება თუ არა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ ბერდ-ის მქონე პაციენტების შეფასება, მკურნალობა და მეთვალყურეობა წინამდებარე გაიდლაინის მიხედვით.

აუცილებელი არ არის, რომ აუდიტისათვის შერჩეული კრიტერიუმებიდან აუდიტის თითოეული ციკლის დროს გამოყენებული იქნას ყველა კრიტერიუმი. უნდა შეირჩეს კონკრეტული შემთხვევისათვის მნიშვნელოვანი, პრაქტიკული კრიტერიუმები.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ ბერდ-ის მართვის აუდიტისთვის შეირჩა შემდეგი კრიტერიუმები:

- შეფასებულია საგანგაშო ნიშნები;
- საგანგაშო ნიშნების მქონე პაციენტებს ერჩიათ სპეციალისტთან რეფერალი და ენდოსკოპია;
- კვლევისათვის არ არის გამოყენებული კუჭ-ნაწლავის ზედა ტრაქტის ერთჯერადი კონტრასტული კვლევა;
- საგანგაშო ნიშნების გარეშე მიმდინარე გაურთულებელი ბერდ-ის სამკურნალოდ დასაწყისში გამოიყენება გაიდლაინით გათვალისწინებული მკურნალობა – ანტაციდები ან ანტისეკრეტოული საშუალებები 1 თვის განმავლობაში;
- პტი-ის ორმაგი დოზით ემპირიული მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში პაციენტს ერჩიათ სპეციალისტთან რეფერალი;
- ცხოვრების წესის შეცვლის შესახებ რეკომენდაციები მისადაგებული პაციენტის საჭიროებებთან;
- პროკინეტიკური საშუალებები არ გამოიყენება საწყისი მკურნალობისათვის;
- პროკინეტიკური საშუალებები არ ინიშნება ხანგრძლივი მკურნალობისათვის;
- სიმპტომების ქრონიკულად მართვისათვის გამოიყენება პტი-ის მინიმალური ეფექტური დოზა.

სტანდარტების განსაზღვრის შესახებ

სტანდარტი თითოეული კირტერიუმისათვის უნდა განისაზღვროს ზოგადად ქვეყანაში არსებული მდგომარეობისა და ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებით. ეს უკანასკნელი მოიცავს არსებული მატერიალ-ტექნიკურ რესურსებს, სპეციალისტების პანელის ხელმისაწვდომობას, დაფინანსების/დაზღვევის პირობებს, ადგილობრივი მოსახლეობის დამოკიდებულებას და ა.შ.

ხშირად, სტანდარტების განსაზღვრას მაქსიმალისტური მიდგომა ადგილობრივი თავისებურებების გათვალისწინების გარეშე გამართლებული არ არის.

მომზადება, დაგეგმვა, მასალის მოძიება

მასალა აუდიტისათვის აღებული უნდა იქნეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში გამოყენებული სამედიცინო ჩანაწერებიდან. ამისათვის გამოსაყენებელია (დამოკიდებულია შესაფასებელ კრიტერიუმზე):

- ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი;
- ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების რეგისტრაციის ჟურნალი;
- ლაბორატორიული გამოკვლევების ჟურნალი;
- კონსულტაციის ბარათი.

რეკომენდაციების ჩამოყალიბება

აუდიტის ბოლოს აუცილებლად უნდა მომზადდეს რეკომენდაციები, რომლის მიზანი იქნება ბიზნეს-ის მართვაში გაიდლაინის უფრო ეფექტურად გამოყენება იმ კრიტერიუმებთან მიმართებაში, სადაც ნანახი იქნა დადგენილ სტანდარტზე დაბალი მაჩვენებლები.

დახმარების ვადები და სავარაუდო ხარჯები

გაიდლაინის დასაწერად, ისე რომ მოცული იყოს ქვეყნის ყველა რეგიონი აუცილებელი იქნება 12-18 თვე.

9. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის განახლების ვადაა 2 წელი.

10. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი წარმოადგენს სხვადასხვა გაიდლაინების (იხ. ლიტერატურა) შეჯერების და ადაპტაციის შედეგს.

11. ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს.

12. მტკიცებულების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

გაიდლაინში გამოყენებულია მტკიცებულების დონისა და რეკომენდაციების ხარისხის შემდეგი კლასიფიკაცია:

დონე	მტკიცებულების დონე	ხარის- ხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა II დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას, შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას, საჭიროებს კონსესუსს
Vა	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vბ	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

13. ბამოყენებული ლიტერატურა

1. **American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease;** *American Gastroenterological Association Institute, Gastroenterology* 2008;135:1383–1391.
2. **Dyspepsia - proven GORD;** *CKS – Clinical Knowledge Summaries, 2008;* <http://cks.library.nhs.uk>.
3. **Role of endoscopy in the management of GERD;** *The American Society for Gastrointestinal Endoscopy, 2007; Gastrointestinal Endoscopy, Volume 66, No. 2 : 2007.*
4. **Gastroesophageal Reflux Disease (GERD);** *University of Michigan Health System; UMHS GERD Guideline, January 2007.*
5. **Initial Management of Dyspepsia and GERD;** *Seventh Edition; Institute For Clinical Systems Improvement, July 2006.*
6. **Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in Adults;** *Armstrong, D., Marshall, J.K., Chiba, N., Enns, R., Fallone, C.A., Fass, R., et al. (2005, January). Canadian consensus conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults: Update 2004. Canadian Journal of Gastroenterology 19(1), 15-35.*
7. **Management of dyspepsia and heartburn,** *NewZealand Guidelines Group, 2004.*
8. **Summary of recommended guideline: Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in Adults,** *Ontario Guidelines Advisory Committee, 2007.*
9. **Guideline for the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in Adults,** *Towards Optimized Practice, 2009, Alberta, Canada*

14. ავტორთა ჯგუფი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მომზადდა საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის მიერ

ავტორები:

⇒ გივი ჯავაშვილი, მაგდანა სიმონია, ალექსანდრე მაჭავარიანი, გურამ კიკნაძე (რედაქტორი);

ექსპერტები:

⇒ საქართველოს გასტროენტეროლოგთა და ჰეპატოლოგთა ასოციაცია,

⇒ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალები კავშირი.

⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;

⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;