

І. Г. Палій<sup>1</sup>, С. Г. Мелащенко<sup>1</sup>, О. О. Ксенчин<sup>1</sup>, С. О. Яцюк<sup>2</sup><sup>1</sup> Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова<sup>2</sup> Лікувально-діагностичний центр «Меділюкс», Вінниця

# Повсякденні стереотипи лікарів загальної практики при роботі з пацієнтами з диспепсичними скаргами: результати комп'ютерного опитування

Нечисленні дослідження прихильності лікарів загальної практики (ЛЗП) до положень настанов із лікування хворих на диспепсії виявили недостатню якість допомоги цій групі населення в різних країнах. В Україні це питання не вивчалось.

**Мета** — вивчити дотримання лікарями загальної практики сучасних рекомендацій щодо ведення пацієнтів із диспепсією, зокрема Клінічних рекомендацій Української гастроентерологічної асоціації 2020 року.

**Матеріали та методи.** Проведено опитування 132 ЛЗП за допомогою онлайн-анкети MS Forms. Було запропоновано три клінічних випадки з типовою клінічною маніфестацією постпрандіального дистрес-синдрому (ПДС), епігастрального больового синдрому (ЕБС) і перехрестом обох підтипів (ПДС/ЕБС). Необхідно було встановити клінічний діагноз, визначити перелік доцільних тестів і призначити попередню терапію фармакологічними агентами з необмеженою кількістю лікарських препаратів. Прийняті рішення оцінювали два незалежних експерти.

**Результати.** Правильними попередніми діагнозами для всіх випадків були «недосліджена диспепсія» або «функціональна диспепсія». Цей вибір зробили 46,2% респондентів. Лікарі дещо частіше віддавали перевагу «недослідженій диспепсії». Підтип диспепсії правильно визначили 47% респондентів у завданні з ПДС, 70% у завданні з ЕБС та 56% у завданні з ПДС/ЕБС. Попри те що в жодному випадку не було трижовжних симптомів і всі пацієнти були молодше 40 років, 76,2% ЛЗП запропонували провести ендоскопію. Ми пояснюємо це настороженістю лікарів щодо раку шлунка, який в Україні має високий показник захворюваності. Інші аналізи (загальний аналіз крові, ультразвукове дослідження) були призначені адекватно. Тестування на *Helicobacter pylori* запропонували 77,2% респондентів. Ідеальна симптоматична терапія передбачала призначення інгібітора протонної помпи або антагоніста H<sub>2</sub>-рецептора при ЕБС та прокінетика при ПДС. При ПДС/ЕБС необхідні обидва препарати. Дотримувалися цієї парадигми 14,1% лікарів. Додатково 21,5% респондентів запропонували прийнятний режим лише з потужними інгібіторами секреції без прокінетиків при ПДС. Найчастішими помилками були поліпрагмація, призначення міотропних спазмолітиків, емпірична ерадикація *H. pylori*.

**Висновки.** Опитування виявило недостатнє дотримання чинних рекомендацій щодо діагностики, тестування та лікування диспепсій ЛЗП Вінниччини, що загалом узгоджується із ситуацією в інших країнах. Поліпшити ситуацію може створення спрощених настанов, націлених на провайдерів первинної допомоги та схвалених Міністерством охорони здоров'я України як відомчі інструкції. Потребує вдосконалення система безперервного професійного розвитку із залученням реальних мотиваційних механізмів.

**Ключові слова:** функціональна диспепсія, лікарі загальної практики, прихильність до клінічних настанов, ведення хворих, *Helicobacter pylori*, лікування, ІПП.

© 2025 Автори • Authors

Опубліковано на умовах ліцензії CC BY-ND 4.0 • Published under the CC BY-ND 4.0 license

Отримано • Received 22/01/2025. Прийнято до друку • Accepted 03/03/2025

Контактна інформація • Corresponding author

Мелащенко Сергій Григорович, к. мед. н., доцент кафедри внутрішньої та сімейної медицини. E-mail: melashk15@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0003-0997-3768>

Лікарі первинної медичної допомоги в повсякденній практиці стикаються з широким спектром клінічних проблем, а отже, потребують відповідної професійної підготовки щодо ведення пацієнтів з моменту їхнього першого контакту в системі охорони здоров'я [5, 30].

Диспепсія, інфікування *Helicobacter pylori*, синдром подразненої товстої кишки є трьома найчастішими проблемами із травленням, з приводу яких пацієнти звертаються до сімейного лікаря [7, 23].

Обстеження та лікування хворих із диспепсією є діагностичним і терапевтичним завданням, вирішення якого визначається організаційними й економічними можливостями системи охорони здоров'я, професійними ресурсами для ведення пацієнтів у первинній ланці та формування належного маршруту для тих, хто має тривожні симптоми або зміни в результатах обстежень, що можуть свідчити про органічне захворювання. Поза компетентності сімейного лікаря можуть бути випадки з тяжкою соматоформною вегетативною дисфункцією, які потребують скерування до психіатра.

Попри частий контакт із пацієнтами з диспепсією (до 10 % усіх звернень [23]), у практиці первинної медичної допомоги часто не виконуються поточні рекомендації щодо діагностики та диференційної терапії [27]. Унаслідок цього одужання відтерміновується, а отже, якість життя значної частки популяції (понад 20 %) є низькою [18, 33].

Тяжким наслідком є пізня діагностика злоякісних новоутворень верхнього відділу травного каналу.

Існує проблема занадто широкого застосування такого інвазивного методу діагностики, як езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС), і невиконання актуального для хворого із функціональною диспепсією (ФД) тестування на інфекцію *H. pylori*.

Вивчення прихильності лікарів загальної практики (ЛЗП) до дотримання настанов із ведення диспепсії та консенсусів із лікування інфекції *H. pylori* є предметом багатьох досліджень, проведених у різних країнах [6, 8, 14, 22, 24, 32]. Загальна оцінка характеризує знання як недостатні. Наголошено на необхідності спрощення наявних рекомендацій для кращого усвідомлення сімейними лікарями їхніх основних положень.

У нашій країні подібні дослідження не проведено, попри існування з 2012 р. національної Адаптованої клінічної настанови та Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Диспепсія» (Наказ МОЗ України № 600 від 03.08.2012 р.) [1], а також оновлених Рекомендацій Української гастроентерологічної асоціації (УГА) 2020 р. [3].

Мета роботи — визначити рівень знань лікарів загальної практики — сімейної медицини в Україні щодо поточних рекомендацій з діагностики й лікування функціональної диспепсії та вміння їх застосовувати в клінічній практиці.

### Матеріали та методи

Проведено опитування лікарів первинної ланки на змодельованих фенотипах пацієнтів. Питання стосувалися встановлення попереднього діагнозу пацієнтам із диспепсичними скаргами, що вперше звернулися на прийом, визначення переліку обстежень цим хворим і призначення фармакопрепаратів під час первинного прийому.

Кожен лікар, який погодився на участь у дослідженні, отримав посилення на електронну версію опитувальника (у форматі Microsoft Forms), куди самостійно вносив відповіді на запропоновані запитання.

Лікарям були представлені три моделі пацієнтів із диспепсичними скаргами, що вперше звернулись на прийом до лікаря загальної практики — сімейної медицини.

#### Клінічний випадок 1

Хворий, 23 роки, чоловік, бухгалтер. Скаржиться на раннє насичення (не може доїсти звичайну порцію їжі) та відчуття важкості в епігастрії після їди в середньому тричі на тиждень. Періодично це супроводжується нудотою в середньому 1 раз на тиждень. Апетит і сон збережені. Випорожнення в нормі. Втрату маси тіла не відзначає.

*Анамнез хвороби.* Хворіє протягом останнього року. Упродовж останніх 4 міс скарги загострились.

*Анамнез життя.* Курить упродовж 4 років до 12 цигарок на день. Алкоголем не зловживає. Алергологічний і спадковий анамнези необтяжені.

*Об'єктивний статус:* індекс маси тіла (ІМТ) — 31 кг/м<sup>2</sup>. Язик вологий, дещо обкладений. Живіт м'який при пальпації, чутливий в епігастрії. З боку інших органів та систем патології не виявлено.

#### Клінічний випадок 2

Хвора, 35 років, жінка, продавець одягу. Скаржиться на тривалий тупий біль в епігастрії тягучого, іноді пекучого характеру в середньому 1–2 рази на тиждень, не завжди пов'язаних з їдою. Після прийому «Альмагелю» біль зменшується. Апетит і сон збережені. Випорожнення в нормі. Втрату маси тіла не відзначає.

*Анамнез хвороби.* Хворіє впродовж трьох років. Початок хвороби пов'язує з виходом на роботу після відпустки по догляду за дитиною, нерегулярним харчуванням, недосипанням та стресами. Епізодично приймає «Альмагель». Попри

це, періодично у весняно-осінній період відчуває підсилення болю, що триває впродовж 4–5 тиж.

*Анамнез життя.* Шкідливих звичок немає. Алергологічний і спадковий анамнези необтяжені.

*Об'єктивний статус:* ІМТ — 20 кг/м<sup>2</sup>. Язик вологий, дещо обкладений білим нальотом. Живіт м'який, чутливість при пальпації під грудьми та в пілородуоденальній зоні. З боку інших органів і систем патології не виявлено.

### Клінічний випадок 3

Хвора, 38 років, жінка, вчителька. Скаржиться на ранній гнітючий біль в епігастрії, іноді спазмувального характеру — в середньому 1–2 рази на тиждень. Майже щоденно відчуває дискомфорт (не біль!) у тій самій зоні, швидко насичення та розпирання. Біль іноді вгамовується після прийому «Фосфалюгелю». Апетит і сон збережені. Випорожнення в нормі. Втрату маси тіла не відзначає.

*Анамнез хвороби.* Хворіє впродовж 5 років, коли вперше з'явились подібні скарги та печія під час вагітності. Після пологів печія припинилась, але біль та дискомфорт в епігастрії виникають майже щорічно. Актуальне загострення впродовж останніх 3 міс.

*Анамнез життя.* Шкідливих звичок немає. Алергологічний і спадковий анамнези необтяжені.

*Об'єктивний статус:* ІМТ — 26 кг/м<sup>2</sup>. Язик вологий, дещо обкладений білим нальотом. Живіт м'який, чутливість при пальпації в епігастральній і пілородуоденальній зоні. З боку інших органів та систем патології не виявлено.

Після кожного змодельованого випадку лікарям пропонували 3 питання з варіантами відповідей:

1. Який попередній діагноз ви встановите пацієнту (з можливістю обрати лише один з варіантів)?

2. Які обстеження ви призначите пацієнту під час первинного прийому (з можливістю обрати як один, так і кілька варіантів)?

3. Які препарати ви порекомендуєте пацієнту під час первинного прийому (з можливістю обрати як один, так і кілька варіантів)?

Усі відповіді надходили в електронну базу, на основі якої проводили аналіз отриманих результатів.

Статистичні розрахунки проводило програмне забезпечення MedCalc 12.5.0.0. з обрахуванням відносних величин (відсотків). Для перевірки гіпотези взаємозв'язку правильності призначеного лікування з правильно обраним попереднім діагнозом використовували критерій узгодженості  $\chi^2$ . При перевірці гіпотез рівнем статистичної значущості вважали  $p < 0,05$ .

## Результати

В опитуванні з липня до грудня 2024 р. взяли участь 132 лікарі первинної ланки з лікувальних закладів м. Вінниці та Вінницької області.

Серед змодельованих пацієнтів були:

*Пацієнт 1:* чоловік віком 23 роки з диспепсичними скаргами у вигляді постпрандіального дистрес-синдрому (ПДС) без наявності тривожних симптомів.

*Пацієнт 2:* жінка віком 35 років із диспепсичними скаргами у вигляді епігастрального больового синдрому (ЕБС) без наявності тривожних симптомів.

*Пацієнт 3:* жінка віком 38 років із диспепсичними скаргами у вигляді комбінації епігастрального больового та постпрандіального дистрес-синдромів (ЕБС/ПДС) без наявності тривожних симптомів.

При відповіді на запитання щодо попереднього діагнозу в пацієнта 1 зі скаргами на раннє насичення та відчуття тяжкості в епігастрії 41,7 % опитаних лікарів обрали варіант «шлункова диспепсія неуточнена», 28,8 % — «функціональна шлункова диспепсія». Наступним у рейтингу відповідей був діагноз «гастрит», але його обрали лише 11,4 % респондентів. Отже, 70,5 % лікарів обрали правильний діагноз «шлункова диспепсія». На рис. 1 наведено попередні діагнози, запропоновані лікарями кожному із пацієнтів.

Думка лікарів щодо попереднього діагнозу в пацієнта 2 була такою: у клінічній ситуації, коли основною скаргою є біль в епігастрії 72,7 % лікарів як попередній діагноз пропонували морфологічні діагнози «гастрит» (26,5 % респондентів), «гастроуденіт» (26,5 %) і «виразкова хвороба» (19,7 %), хоча згідно з наданою інформацією, підстав для вибору зазначених діагнозів не було. Лише 25 % респондентів серед запропонованих варіантів обрали діагноз, пов'язаний із визначенням «диспепсія»: 15,2 % — «шлункова диспепсія неуточнена» та 9,8 % — «функціональна шлункова диспепсія».

Серед діагнозів, запропонованих пацієнтові 3 із диспепсичними скаргами у вигляді комбінації ЕБС/ПДС, лікарі частіше обирали «функціональну шлункову диспепсію» (23,5 % респондентів) та «шлункову диспепсію неуточнену» (19,7 %), тобто 43,2 % лікарів правильно встановили діагноз «шлункова диспепсія». Наступними за «популярністю» були діагнози «гастроуденіт» (19,7 % респондентів) і «гастрит» (15,9 %).

Лікарям, які обрали варіанти відповідей «шлункова диспепсія неуточнена» та «функціональна шлункова диспепсія», було запропоновано додаткове запитання, щоб визначити вид шлункової диспепсії у кожного із представлених



Рис. 1. Рейтинг відповідей опитаних лікарів щодо попереднього діагнозу змодельованих пацієнтів (n = 132)

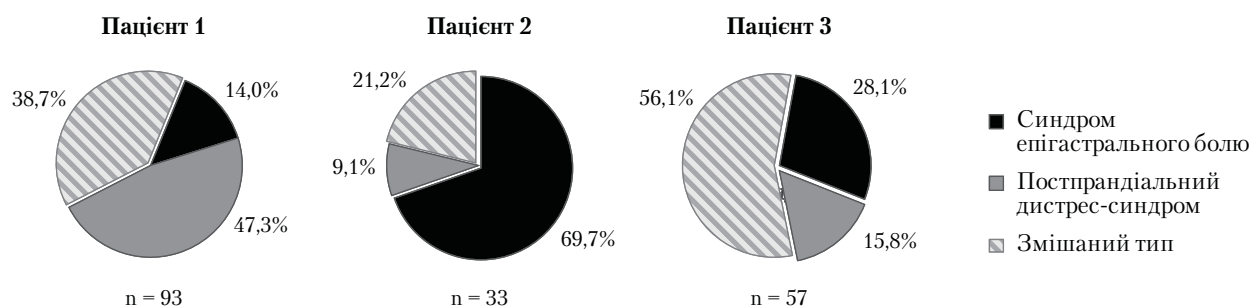


Рис. 2. Рейтинг відповідей опитаних лікарів щодо варіанта шлункової диспепсії серед тих, хто як первинний діагноз обрав шлункову диспепсію

пацієнтів. Результати відповідей лікарів на це запитання наведені на рис. 2.

У пацієнта 1 лише 47,3 % лікарів обрали варіант «ПДС», який дійсно мав місце, тоді як пацієнту 2 з ЕБС 70 % респондентів установили правильно саме цей вид диспепсії. Змішаний варіант диспепсії у пацієнта 3 правильно визначили 56 % опитаних лікарів. Загалом це свідчить про те, що навіть із лікарів, які правильно обрали попередній діагноз «шлункова диспепсія», лише трохи більше половини правильно ідентифікують варіант диспепсії, причому ПДС визначається гірше.

Найпопулярнішими обстеженнями в кожному із запропонованих клінічних випадків були: загальний аналіз крові, який призначали

80–82 % опитаних лікарів залежно від клінічного випадку, тестування на інфекцію *H. pylori* (рекомендували 74–82 % лікарів) та ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (рекомендували 60–76 % лікарів). Зазначені обстеження відповідають вимогам уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги при диспепсії [1], згідно з якими перевагу віддають неінвазивним скринінговим методам діагностики інфекції *H. pylori*. Рейтинг обстежень, які призначили б опитані лікарі під час первинного прийому, наведений на рис. 3.

Проведення ЕГДС (34,1 % респонденти — з біопсією під час ендоскопії та 31,8 % — без біопсії) 65,9 % лікарів рекомендували б пацієнту 1 із

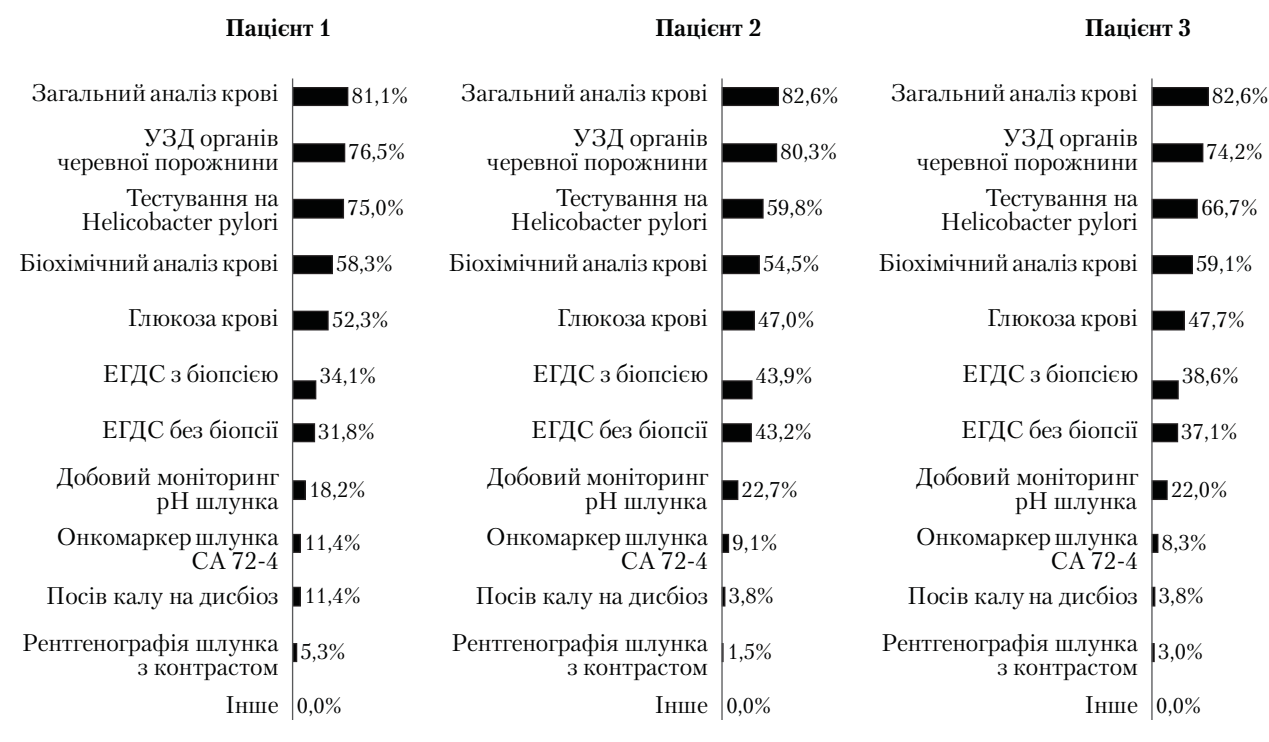


Рис. 3. Рейтинг відповідей опитаних лікарів щодо необхідних обстежень пацієнтам під час первинного прийому (n = 132)

ПДС, 87,1 % (43,9 % — з біопсією під час ендоскопії і 43,2 % — без біопсії) — пацієнту з ЕБС і 75,7 % (38,6 % — з біопсією під час ендоскопії і 37,1 % — без біопсії) — пацієнту з ЕБС/ПДС, хоча описані пацієнти — чоловік віком до 35 років та жінки віком до 45 років без наявності тривожних симптомів («червоних прапорців»), для яких проведення ЕГДС на цьому етапі не є обов'язковим згідно з уніфікованим клінічним протоколом.

Думка лікарів щодо підходів до лікування запропонованих пацієнтів представлена на рис. 4.

При відповіді на запитання, яке лікування призначили б респонденти під час первинного прийому хворому 1 із ПДС, найбільший відсоток лікарів обрали прокінетики (43,2 %), інгібітори протонної помпи (ІПП) (37,1 %) та ферменти (30,3 %), а 22,7 % взагалі б не призначили йому препарати.

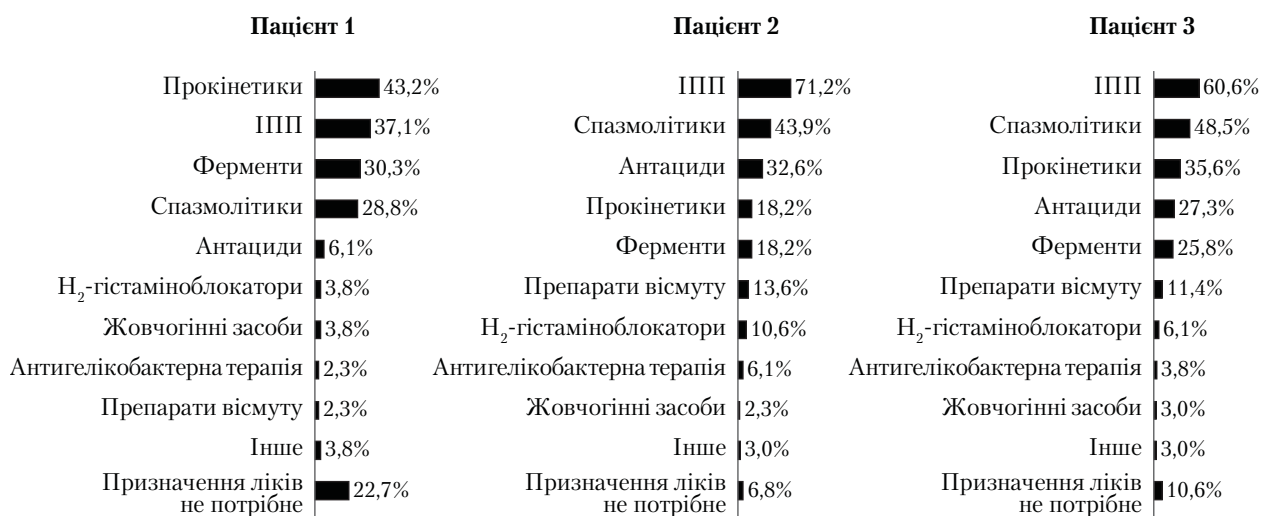


Рис. 4. Рейтинг відповідей опитаних лікарів щодо призначення препаратів запропонованим пацієнтам під час первинного прийому (n = 132)

Дещо інша картина спостерігалася у випадках пацієнтів 2 та 3: за наявності больового синдрому в епігастрії більшість опитаних лікарів призначили 6 ІПП (71,2 і 60,6 % відповідно), що повністю узгоджується з рекомендаціями уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги при диспепсії [1].

Наступними за частотою призначення є спазмолітичні засоби (43,9 % респондентів — пацієнту 2 та 48,5 % — пацієнту 3), антациди (32,6 та 27,3 % відповідно) і прокінетики (18,2 % та 35,6 %). Не призначили 6 під час первинного прийому жодних препаратів пацієнту 2 лише 6,8 % респондентів, пацієнту 3 — 10,6 %.

Отримавши результати, ми вирішили перевірити, чи передбачає правильно встановлений діагноз призначення правильного лікування. Для цього двома експертами була проведена оцінка лікування окремо в кожній клінічній ситуації кожним респондентом ( $n = 396$ ): 5 балів відповідало максимально коректному призначенню груп препаратів із урахуванням типу шлункової диспепсії (ПДС, ЕБС, перехрест ПДС/ЕБС), 1 бал — максимально некоректному лікуванню. Проміжним варіантам лікування присвоювали бали 4, 3, 2 залежно від наявності в схемі лікування ключових груп препаратів для кожного типу шлункової диспепсії. Було побудовано таблицю спряженості та проведено визначення критерію узгодженості  $\chi^2$ .

Установлено, що лікарі, які правильно обрали попередній діагноз у запропонованих клінічних випадках, статистично значущо частіше рекомендували абсолютно правильне лікування ( $p = 0,01$ ), що підтверджує відомий медичний афоризм «*Qui bene diagnoscit, bene curat*» (хто добре діагностує, той добре лікує) Клавдія Галена — грецького лікаря, хірурга і філософа, класика античної медицини. Якщо вважати згідно з останніми настановами [15, 13, 16] прийнятним призначення ІПП та  $H_2$ -гістаміноблокаторів при ПДС (що нами оцінено як добре лікування (4 бали)), то кількість правильних призначень суттєво збільшується з 14,1 % (див. таблицю) до 35,6 %.

Таблиця. **Відповідність призначеної фармакотерапії встановленому діагнозу ( $n = 396$ )**

| Лікування                     | Діагноз              |                   |
|-------------------------------|----------------------|-------------------|
|                               | Правильно визначений | Неповний/неточний |
| Абсолютно правильне (5 балів) | 22                   | 34                |
| Інше                          | 77                   | 263               |

$\chi^2 = 6,239$ ;  $p = 0,01$ .

## Обговорення

Помилки, які робили респонденти при формулюванні діагнозу в 3 запропонованих клінічних ситуаціях, свідчать про непростий процес формування поняття диспепсії в гастроентерології. Скупність скарг на біль або дискомфорт в епігастрії, пов'язані з вживанням їжі чи утриманням від неї, у «радянських» підручниках із пропедевтики розглядали як симптоми запалення в шлунку та дванадцятипалій кишці, тобто як ознаки гастриту/гастродуоденіту. Це положення підкріплювалось висновками ендоскопістів, які з легкістю інтерпретували будь-яке почервоніння слизової оболонки шлунка (СОШ) як ознаку її запалення.

Однак вже наприкінці 1980-х років накопичилась достатня кількість наукової інформації, яка свідчила, що в значній кількості хворих виникнення болю і дискомфорту в епігастрії може не супроводжуватися очевидними макроскопічними ураженнями (виразки, пухлини) або патогістологічними ознаками запалення в СОШ.

У 1994 р. ініціативною групою європейських фахівців з нейрогастроентерології були запропоновані концепція та чіткі ознаки функціональних захворювань, зокрема ФД, які отримали назву «Римські критерії І» [12]. Проведено чотири перегляди зазначених положень, згідно з якими основна парадигма зазнала суттєвих змін. Якщо 30 років тому основне поняття про відсутність органічних змін припускало наявність у хворого гастриту, зокрема доведеного результатами біопсії, то в перегляді 2016 р. ФД заперечена в осіб, які, крім скарг, мають інфікування *H. pylori*, зловживають нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) або мають докази аутоімунного ураження СОШ.

Важливим є те, що доводити відсутність запалення за результатами патогістологічного обстеження в клінічній практиці не потрібно, оскільки такі обстеження є інвазивними та дорогими, а їхні результати не впливають на вибір лікування.

Дискусії щодо визначення ФД досі тривають. Наприклад, якщо раніше для встановлення діагнозу використовували часовий критерій — анамнез розладів понад 6 міс, то нині фахівці Римської фундації в практичній роботі лікарів припускають наявність виразних симптомів упродовж 8 тиж. Напади болю не обов'язково мають бути щотижневими [13]. Ситуація ускладнюється тим, що для більшості пацієнтів молодого віку ендоскопічне дослідження взагалі не пропонується, а лікареві слід використовувати стратегію «тестуй (*H. pylori*) та лікуй (його)». Як продемонстрували результати проведеного нами опитування, іноді лікарям простіше встановити

звичний діагноз «гастродуоденіт», не розмірковуючи про характер диспепсії — «*H. pylori* -асоційована» або «НПЗП-гастропатія» з ЕБС чи ПДС.

У контексті формулювання діагнозу та застосування адекватних діагностичних інструментів при ФД відомий український гастроентеролог В'ячеслав Передерій ще 20 років тому порушував питання про «феномен запізнювання» у вітчизняній медичній практиці [2]. За час, що минув з моменту публікації, ситуація дещо поліпшилась, але динаміка є занадто повільною. Можливо, в цьому випадку мова може йти про цікавий психологічний феномен, наприклад, так звану «когнітивну ілюзію», вивченням якого могли б зайнятися фахівці в галузі професійних деформацій [4].

Принциповим моментом у веденні диспепсії сімейним лікарем є проведення ендоскопічного обстеження. Формально в усіх запропонованих клінічних випадках від цього обстеження можна було утриматись з огляду на вік пацієнтів і відсутність тривожних симптомів. Проте 76,2 % респондентів його запропонували, підсилюючи в половині випадків цей інвазивний тест біопсією. Деякою мірою це можна пояснити тим, що Україна є регіоном з відносно високою захворюваністю на злоякісні пухлини шлунка та стравоходу, а лікарі виявляють настороженість щодо можливої онкології. Згідно з останнім опублікованим канцер-реєстром, грубий показник для раку шлунка становив 17,1 на 100 тис. населення, для стравоходу — 4,2 на 100 тис. населення [10]. Крім того, відсутність тривожних симптомів не може надійно гарантувати відсутність онкологічного захворювання. Метааналізи проспективних досліджень показують, що наявність тривожних симптомів пов'язана з 5–10 % ризиком серйозного захворювання порівняно з 1–2 % ризиком у пацієнтів без тривожних симптомів [17].

Майже всі настанови ґрунтуються на двох метааналізах порівняння стратегії «тестуй (*H. pylori*) та лікуй» з невідстроченою ЕГДС (prompt endoscopy) [15, 19]. У першому з них, проведеному в 2005 р., наголошувалось на економічній ефективності такого підходу з дещо гіршими, але статистично значущими показниками одужання [19]. Поясненням цього вважали те, що 13 % пацієнтів із необстеженою диспепсією мають ерозивні езофагіти та навіть стравохід Барретта [17], які вкладаються в поняття «мовчазної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби». Відмова від ендоскопії в таких пацієнтів може негативно вплинути на прогноз.

Останній метааналіз (2019), проведений міжнародною групою фахівців з менеджменту необстеженої диспепсії, охоплював 15 РКД за участю

6162 пацієнтів і додатково оцінював інші неінвазивні стратегії — «тестуй та дивись», «емпіричне ацидоінгібування», «симптоматична терапія» [15]. Дванадцятимісячне спостереження за хворими не продемонструвало гірших показників досягнення клінічної ремісії та економічних витрат при всіх неінвазивних підходах. Особливо була відзначена стратегія «тестуй (*H. pylori*) та лікуй (його)», оскільки при ній в 4 рази рідше застосовували ЕГДС порівняно з невідстроченим варіантом. Проте в 2023 р. у США Е. V. Wechsler та співавт. звернули увагу на такий показник цього метааналізу, як «загальна задоволеність пацієнтів», яка була найкращою при невідстроченій ЕГДС, і порушили питання про необхідність пошуку драйверів для її підвищення при інших варіантах [37].

Щодо непростой ситуації з проведенням ЕГДС показовим є консенсус Об'єднаної європейської гастроентерологічної асоціації (UEG) та Європейського товариства нейрогастроентерології та моторики (ESNM) про те, що «ендоскопія є обов'язковою для встановлення точного діагнозу ФД, але в первинній медичній допомозі пацієнтів без тривожних симптомів або чинників ризику можна лікувати без ендоскопії» [36].

Рекомендації УГА з ведення диспепсії (2020) характеризують підхід зі зменшенням показань до ЕГДС як «умовну рекомендацію» з «доказами помірної якості» [3].

Щодо інших обстежень близько 80 % респондентів правильно скерували хворих на загальний аналіз крові, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, тестування на наявність *H. pylori* відповідно до більшості міжнародних і вітчизняних настанов [3, 7, 29].

Можна спробувати пояснити логіку вибору ЛЗП попереднього діагнозу тим, що, попри неточність формулювання, «звуження» поняття ФД до «суто» функціонального стану не завжди впливає на прийняття лікарем рішень щодо призначення фармакотерапії. Лікування ФД відповідно до міжнародних та вітчизняних настанов принципових відмінностей упродовж останніх 25 років не зазнало — всі вони наполягають на ерадикації *H. pylori*, емпіричному застосуванні антисекреторних і прокінетичних засобів, усуненні впливу НПЗП.

Помилки в призначенні таких засобів, як прокінетики, ІПП,  $H_2$ -гістаміноблокатори, антациди, фітопрепарати, опитані лікарі робили переважно через недостатність знань про існування двох варіантів диспепсії — ПДС та ЕБС. У половині випадків скарги інтерпретували або неправильно, або неточно, з огляду на існування перехресного синдрому.

Основне положення про пріоритет потужних блокаторів секреції — ІПП або  $H_2$ -гістаміноблокаторів при ЕБС, а прокінетиків — при ПДС не дотримувалося. Однак досліджень диференційованого призначення зазначених препаратів у первинній ланці проведено мало. Робота, проведена В. М. Spiegel та співавт. у Нідерландах та США в 2009 р., виявила значну різницю в дотриманні рекомендацій щодо диспепсії між гастроентерологами та лікарями загальної практики (74 і 57 % відповідно) [34]. Автори відзначили обмежене використання ІПП через перебільшений (часто невиннований) страх побічних ефектів — остеопорозу, псевдомембранозного коліту, дефіциту вітаміну  $B_{12}$ , анемію, рак шлунка, пневмонії.

Дослідження, проведене в США в 2020 р., продемонструвало ще гірші результати, ніж у першій роботі [14]. Канзаські лікарі призначали ІПП та  $H_2$ -гістаміноблокатори лише 49 % хворих, прокінетики — лише 1,6 % (!). У чинних для США та Канади настановах із ФД прокінетикам відведено резервну роль для випадків, резистентних до трициклічних антидепресантів, які призначали після невдачі з ІПП [28]. Побічні ефекти прокінетиків — подовження інтервалу QT, гіперпролактинемію вважають нечастими, але досить серйозними і в цілому небезпечнішими, ніж побічні ефекти при застосуванні ІПП. Попри теоретичне обґрунтування доцільності використання прокінетиків у лікуванні ПДС, бракує РКД із добре спланованим дизайном [9], а наявні дослідження свідчать про те, що ІПП при цьому варіанті диспепсії демонструють не гірші кінцеві результати [11, 25].

Попри недостатній результат абсолютно правильного призначення фармакотерапії, отриманий в нашому опитуванні (див. таблицю), якщо вважати призначення ІПП або  $H_2$ -гістаміноблокаторів при ПДС також раціональним згідно з наведеною вище аргументацією, то українські лікарі в цілому впоралися із завданням навіть краще, ніж у дослідженнях В. М. Spiegel та співавт. [34] і К. Dugan та співавт. [14]. У 76,2 % випадків вони призначили потужні інгібітори секреції, що відповідає більшості рекомендацій, зокрема національним [3, 7, 29].

Важливим моментом у менеджменті ФД на первинній ланці є те, що сучасний лікар, який усвідомлює природу ФД як порушення в осі «головний мозок — травний тракт», без сумніву, матиме перевагу над колегою, що продовжує реєструвати цей стан як К29 «гастродуоденіт» та уявляти його як суто локальну проблему шлунка. Резистентність пацієнта до симптоматичної терапії буде сигналом до своєчасного призначення адекватного психотропного засобу, а не

провокування у хворого сумнівів щодо компетентності ЛЗП, тривожності, а відтак самостійного пошуку засобів діагностики та лікування, зокрема альтернативної медицини.

Наведене вище вкладається в поняття «четвертинних превентивних заходів», які при ФД є актуальними [26]. Загальні принципи лікування мають ґрунтуватися на біопсихосоціальному розумінні та передбачати лікування не лише фізичних симптомів, а й супутніх психологічних розладів за їхньої наявності [7].

Оскільки психологічний дистрес відіграє вирішальну роль як чинник ризику розвитку всіх функціональних розладів травлення, Римські критерії IV наголошують на важливості встановлення хороших стосунків між пацієнтом і лікарем та отримання важливої психосоціальної інформації від пацієнта як на початковому етапі консультації, так і впродовж усього лікувального процесу [29, 35].

Згідно з останніми рекомендаціями британської асоціації гастроентерологів, першочерговим завданням ЛЗП є «чітке роз'яснення та пацієнтоцентрична дискусія», що має зменшити загальну тривожність пацієнта щодо захворювання та бути чинником успішності подальшого симптоматичного лікування [7]. Останнє при ФД часто буває неефективним, з огляду на провідну роль у патогенезі порушень осі «головний мозок — травний тракт».

Таким чином, більшість настанов рекомендують як другу лінію терапії призначення психотропних препаратів, наголошуючи, що це може входити в компетенції провайдерів первинної медичної допомоги. Саме їм делегують повноваження з призначення препаратів із невисоким ризиком побічних ефектів — інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, сульпіриду тощо [7, 29]. Проте автори найбільш глибокого метааналізу ефективності психотропних препаратів при ФД зазначили, що прямих порівняльних досліджень застосування в первинній ланці цих препаратів і симптоматичних засобів (прокінетиків, ацидоінгібіторів) не проведено, тому існує потреба в таких дослідженнях, оскільки є думка, що ЛЗП роблять це недостатньо часто у випадках, коли немає клінічно виразної депресії або панічних атак [16].

З практичного погляду (у згаданому вище контексті) важливим є те, що диспепсія може бути маніфестацією порушень харчової поведінки [20]. У 90 % випадків нервової анорексії хворі можуть використовувати диспепсичні симптоми для виправдання відмови від їжі й таким чином відволікати увагу родичів та ЛЗП від суті проблеми [31]. З другого боку, постпрандіальний

дискомфорт є частим супутником булімії та психогенного переїдання (binge eating disorder).

Причин диспепсії багато, тому підходами до усунення її симптомів може бути не лише фармакотерапія, а й корекція дієти при харчовій непереносності, фізичні й альтернативні методи лікування (наприклад, йога або акупунктура). Це робить актуальним у складних випадках застосування мультидисциплінарного підходу із залученням гастроентеролога, психіатра, дієтолога, фізіотерапевта тощо [21]. При цьому координаційна роль ЛЗП є очевидною.

## Висновки

Актуальне опитування виявило недостатнє дотримання поточних рекомендацій щодо діагностики, тестування та лікування диспепсій

ЛЗП Вінниччини, що загалом нагадує ситуацію в інших країнах.

Українською важливою є робота наукових товариств над спрощенням чинних рекомендацій, дослідженням можливостей ефективнішого їхнього впровадження та вжиттям цілеспрямованих заходів для підвищення прихильності провайдерів первинної допомоги до їхньої реалізації. Прикладом такого підходу є діяльність УГА, яка запропонувала сімейним лікарям оновлені рекомендації з диспепсії з 6 положеннями та 12 практичними рекомендаціями. Очевидно, що такі документи має затверджувати МОЗ, як це було до 2018 р., набуваючи юридичного статусу відомчої інструкції.

Потребує вдосконалення система безперервного професійного розвитку із залученням реальних мотиваційних механізмів.

*Конфлікту інтересів немає.*

*Додаткового фінансування отримано не було.*

*Участь авторів: концепція дослідження, редагування — І. Г. П.;*

*дизайн дослідження, збір матеріалу — О. О. К., С. О. Я.;*

*опрацювання матеріалу — О. О. К.; написання тексту — С. Г. М.*

## Список літератури

1. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 №600 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при диспепсії». Available from — [https://ukrgastro.com.ua/storage/edu\\_snc\\_protocols/fprotocol/C0ihFdjoDpb0bFkUzU0fc85hcQVYSI9RC7pwk3ON.doc](https://ukrgastro.com.ua/storage/edu_snc_protocols/fprotocol/C0ihFdjoDpb0bFkUzU0fc85hcQVYSI9RC7pwk3ON.doc).
2. Передерий ВГ, Ткач СМ, Марусанич БН, Чернов АЮ. Диспепсія як самостійний діагноз і неспецифічний синдром. Монографія. Луганськ; 2006. 339 с.
3. Ткач СМ, Дорофеев АЕ, Скрипник ІМ та ін. Клінічні рекомендації Української гастроентерологічної асоціації із ведення пацієнтів з диспепсією. Здоров'я України. тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія». 2020;(1):32-4. [https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2020/Gastro\\_1\\_2020/Gastro\\_1\\_2020\\_str\\_32\\_34.pdf](https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2020/Gastro_1_2020/Gastro_1_2020_str_32_34.pdf).
4. Шовкова ОД. Види ілюзії мислення у когнітивній психології. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: збірник наукових праць. Острог: НаУОА. 2018;(7):33-9. Available from <https://journals.oa.edu.ua/Psychology/article/download/2309/2082/>.
5. Allan J, President B, Crebolder H. The European definition of general practice/family medicine. 3rd ed. Barcelona:WHO Europe Office; 2011.
6. Bennett K, Feely J, Thornton O, Dobson M, O'Morain CA, O'Connor HJ. Impact of Helicobacter pylori on the management of dyspepsia in primary care. Aliment Pharmacol Ther. 2006 Aug 15;24(4):637-41. doi: 10.1111/j.1365-2036.2006.03027.x. PMID: 16907896.
7. Black J, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. Gut. 2022;71:1697-723. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327737.
8. Boltin D, Kimchi N, Dickman R, Gingold-Belfer R, Niv Y, Birkenfeld S. Attitudes and practice related to Helicobacter pylori infection among primary care physicians. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2016 Sep;28(9):1035-40. doi: 10.1097/MEG.0000000000000659.
9. Bor S, Kalkan İH, Savarino E, Rao S, Tack J, Pasricha J, Cangelmi D, Schol J, Karunaratne T, Ghisa M, Ahuja NK, Lacy B. Prokinetics-safety and efficacy: The European Society of Neurogastroenterology and Motility/The American Neurogastroenterology and Motility Society expert review. Neurogastroenterol Motil. 2024 May;36(5):e14774. doi: 10.1111/nmo.14774.
10. Cancer In Ukraine 2020-2021: Incidence, mortality, prevalence and other relevant statistics, 2023. [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_23/PDF\\_E/22-23-zel.pdf](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/PDF_E/22-23-zel.pdf).
11. Chuah KH, Loo QY, Hian WX, Khoo XH, Panirsheelum S, Jubri NBM, Natarajan V, Khoo S, Mahadeva S. Clinical Trial: Treatment of Functional Dyspepsia According to Subtype Compared With Empirical Proton Pump Inhibitor. Aliment Pharmacol Ther. 2025 Jan;61(2):258-267. doi: 10.1111/apt.18418. Epub 2024 Dec 2. PMID: 39618195.
12. Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, et al. The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment. 1st edn. McLean, VA: Degnon Associates; 1994.
13. Drossman DA, Tack J. Rome Foundation Clinical Diagnostic Criteria for Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology. 2022 Mar;162(3):675-679. doi: 10.1053/j.gastro.2021.11.019. Epub 2021 Nov 19. PMID: 34808139.
14. Dugan K, Ablah E, Okut H, Srinivasan S, Salyers W Jr. Guideline Adherence in Dyspepsia Investigation and Treatment. Kans J Med. 2020 Dec 11;13:306-310. doi: 10.17161/kjm.vol13.13838. PMID: 33343824; PMCID: PMC7735428.
15. Eusebi LH, Black CJ, Howden CW, Ford AC. Effectiveness of management strategies for uninvestigated dyspepsia: systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2019 Dec 11;367:l6483. doi: 10.1136/bmj.l6483. PMID: 31826881; PMCID: PMC7190054.
16. Ford AC, Luthra P, Tack J, Boeckstaens GE, Moayyedi P, Talley NJ. Efficacy of psychotropic drugs in functional dyspepsia: systematic review and meta-analysis. Gut. 2017 Mar;66(3):411-420. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310721. Epub 2015 Nov 13. PMID: 26567029.

17. Ford AC, Marwaha A, Lim A, Moayyedi P. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010 Oct;8(10):830-837.e1-2. doi: 10.1016/j.cgh.2010.05.031. Epub 2010 Jun 10. PMID: 20541625.
18. Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut*. 2015 Jul;64(7):1049-57. doi: 10.1136/gutjnl-2014-307843. Epub 2014 Aug 21. PMID: 25147201.
19. Ford AC, Qume M, Moayyedi P, Arents NL, Lassen AT, Logan RF, McColl KE, Myres P, Delaney BC. *Helicobacter pylori* «test and treat» or endoscopy for managing dyspepsia: an individual patient data meta-analysis. *Gastroenterology*. 2005 Jun;128(7):1838-44. doi: 10.1053/j.gastro.2005.03.004. PMID: 15940619.
20. Forney KJ, Burton Murray H, Himawan L, Juarascio AS. Preliminary data that psychological treatment and baseline anxiety are associated with a decrease in postprandial fullness and early satiation for individuals with bulimia nervosa and related other specified feeding or eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2023 Dec;56(12):2343-2348. doi: 10.1002/eat.24068. Epub 2023 Sep 25. PMID: 37746867; PMCID: PMC10841224.
21. Fox M. Mistakes in dyspepsia and how to avoid them. UEG education. 2016;16:4-6. <https://www.spg.pt/wp-content/uploads/2023/03/Mistakes-in-dyspepsia-and-how-to-avoid-them.pdf>.
22. Jearth V, Yadav AI, Shah J, Singh AK, Sundaram S, Sharma V, Dutta U, Makharia G, Panigrahi MK. A survey of practice patterns and adherence to national and international guidelines on the management of *Helicobacter pylori* infection among gastroenterologists and gastroenterology fellows in India. *Indian J Gastroenterol*. 2025 Apr;44(2):208-219. doi: 10.1007/s12664-024-01694-z. Epub 2024 Oct 17. PMID: 39419950.
23. Jones R. Primary care research and clinical practice: gastroenterology. *Postgrad Med J*. 2008 Sep;84(995):454-8. doi: 10.1136/pgmj.2008.068361. PMID: 18940946.
24. Jukic I, Vukovic J, Rusic D, Bozic J, Bukic J, Leskur D, Seselja Perisin A, Modun D. Adherence to Maastricht V/Florence consensus report for the management of *Helicobacter pylori* infection among primary care physicians and medical students in Croatia: A cross-sectional study. *Helicobacter*. 2021 Apr;26(2):e12775. doi: 10.1111/hel.12775. Epub 2020 Dec 23. PMID: 33368852.
25. Kamiya T, Shikano M, Kubota E, Mizoshita T, Wada T, Tanida S, Kataoka H, Adachi H, Hirako M, Okuda N, Joh T. A multicenter randomized trial comparing rabeprazole and itopride in patients with functional dyspepsia in Japan: the NAGOYA study. *J Clin Biochem Nutr*. 2017 Mar;60(2):130-135. doi: 10.3164/jcbn.16-106. Epub 2017 Feb 24. PMID: 28366993; PMCID: PMC5370523.
26. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *Br J Gen Pract*. 2019 Nov 28;69(689):614-615. doi: 10.3399/bjgp19X706913. PMID: 31780481; PMCID: PMC6867216.
27. Milivojevic V, Rankovic I, Krstic MN, Milosavljevic T. Dyspepsia Challenge in Primary Care Gastroenterology. *Dig Dis*. 2022;40(3):270-275. doi: 10.1159/000517668. Epub 2021 Jun 14. PMID: 34126614.
28. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2017 Jul;112(7):988-1013. doi: 10.1038/ajg.2017.154. Epub 2017 Jun 20. Erratum in: *Am J Gastroenterol*. 2017 Sep;112(9):1484. doi: 10.1038/ajg.2017.238.
29. Oshima T. Functional Dyspepsia: Current Understanding and Future Perspective. *Digestion*. 2024;105(1):26-33. doi: 10.1159/000532082. Epub 2023 Aug 18. PMID: 37598673.
30. Russo M, Miraglia C, Nouvenne A, Leandro G, Meschi T, De' Angelis GL, Di Mario F. Approach to gastroenterological diseases in primary care. *Acta Biomed*. 2018 Dec 17;89(8-S):5-11. doi: 10.23750/abm.v89i8-S.7973. PMID: 30561411; PMCID: PMC6502206.
31. Santonicola A, Siniscalchi M, Capone P, Gallotta S, Ciacci C, Iovino P. Prevalence of functional dyspepsia and its subgroups in patients with eating disorders. *World J Gastroenterol*. 2012 Aug 28;18(32):4379-85. doi: 10.3748/wjg.v18.i32.4379. PMID: 22969202; PMCID: PMC3436054.
32. Seifert B, Rubin G, de Wit N, Lionis C, Hall N, Hungin P, Jones R, Palka M, Mendive J. The management of common gastrointestinal disorders in general practice A survey by the European Society for Primary Care Gastroenterology (ESPCG) in six European countries. *Dig Liver Dis*. 2008 Aug;40(8):659-66. doi: 10.1016/j.dld.2008.02.020. Epub 2008 Apr 11. PMID: 18406672.
33. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, Whitehead WE, Dumitrascu DL, Fang X, Fukudo S, Kellow J, Okeke E, Quigley EMM, Schmulson M, Whorwell P, Archampong T, Adibi P, Andresen V, Beningga MA, Bonaz B, Bor S, Fernandez LB, Choi SC, Corazzari ES, Franciconi C, Hani A, Lazebnik L, Lee YY, Mulak A, Rahman MM, Santos J, Setshedi M, Syam AE, Vanner S, Wong RK, Lopez-Colombo A, Costa V, Dickman R, Kanazawa M, Keshteli AH, Khatun R, Maleki I, Poitras P, Pratap N, Stefanyuk O, Thomson S, Zeevenhooven J, Palsson OS. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021 Jan;160(1):99-114.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2020.04.014. Epub 2020 Apr 12. PMID: 32294476.
34. Spiegel BM, Farid M, van Oijen MG, Laine L, Howden CW, Esrailian E. Adherence to best practice guidelines in dyspepsia: a survey comparing dyspepsia experts, community gastroenterologists and primary-care providers. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009 Apr 15;29(8):871-81. doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.03935.x. Epub 2009 Jan 15. PMID: 19183152; PMCID: PMC2953468.
35. Van Oudenhove L, Crowell MD, Drossman DA, Halpert AD, Keefer L, Lackner JM, Murphy TB, Naliboff BD, Levy RL. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2016 Feb 18;S0016-5085(16)00218-3. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.027. Epub ahead of print. PMID: 27144624; PMCID: PMC8809487.
36. Wauters L, Dickman R, Drug V, Mulak A, Serra J, Enck P, Tack J; ESNM FD Consensus Group; Accarino A, Barbara G, Bor S, Coffin B, Corsetti M, De Schepper H, Dumitrascu D, Farmer A, Gourcerol G, Hauser G, Hausken T, Karamanolis G, Kesztelyi D, Malagelada C, Milosavljevic T, Muris J, O'Morain C, Papathanasopoulos A, Pohl D, Rumyantseva D, Sarnelli G, Savarino E, Schol J, Sheptulin A, Smet A, Stengel A, Storono O, Storr M, Törnblom H, Vanuytsel T, Velosa M, Waluga M, Zarate N, Zerbib F. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United European Gastroenterol J*. 2021 Apr;9(3):307-331. doi: 10.1002/ueg2.12061. PMID: 33939891; PMCID: PMC8259261.
37. Wechsler EV, Ahuja NK, Brenner B, Chan W, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Moshiree B, Nee J, Shah SC, Stallier K, Shah ED. Up-Front Endoscopy Maximizes Cost-Effectiveness and Cost-Satisfaction in Uninvestigated Dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023 Aug;21(9):2378-2388.e28. doi: 10.1016/j.cgh.2023.01.003. Epub 2023 Jan 13. PMID: 36646234; PMCID: PMC10542651.

I. G. Paliy<sup>1</sup>, S. G. Melashchenko<sup>1</sup>, O. O. Ksenchyn<sup>1</sup>, S. O. Yatsiuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

<sup>2</sup> Medical and Diagnostic Centre «Medilux», Vinnytsia

## Everyday stereotypes of general practitioners in management of patients with dyspeptic complaints: results of computer survey

Limited studies examining general practitioners' (GPs) adherence to guidelines for managing dyspepsia indicate insufficient quality of care for this population group in various parts of the world. In Ukraine, this issue has not been studied until now.

**Objective** — to examine the adherence of GPs to contemporary recommendations for managing patients with dyspepsia, including the 2020 Clinical Guidelines of the Ukrainian Gastroenterological Association.

**Materials and methods.** A survey of 132 GPs was conducted using an online MS Forms questionnaire. It included 3 clinical cases with typical clinical manifestations of postprandial distress syndrome (PDS), epigastric pain syndrome (EPS), and overlap of both subtypes (PDS/EPS). Respondents were asked to determine the clinical diagnosis, list relevant tests, and prescribe preliminary pharmacological therapy with an unlimited choice of drugs. Two independent experts evaluated the responses.

**Results.** The correct provisional diagnoses for all cases were «uninvestigated dyspepsia» or «functional dyspepsia», chosen in 46.23 % of responses. Doctors slightly favored «uninvestigated dyspepsia». The dyspepsia subtype was correctly identified by 47 % of respondents for PDS, 70 % for EPS, and 56 % for the overlap of PDS/EPS. Despite the absence of alarm symptoms and the patients being younger than 40 years, 76.2 % of GPs recommended upper endoscopy. This can be attributed to the heightened awareness of stomach cancer, which has a high incidence rate in Ukraine. Other tests (general blood test, ultrasound examination) were prescribed appropriately, with 77.2 % of respondents suggesting *Helicobacter pylori* testing. Ideal symptomatic therapy included prescribing a proton pump inhibitor (PPI) or an H<sub>2</sub>-receptor antagonist for EPS and prokinetics for PDS. In cases of overlap, both drug types are required. This paradigm was followed by 14.1 % of respondents. Additionally, 21.5 % of doctors suggested an acceptable regimen involving only potent secretion inhibitors without prokinetics for PDS. The most common mistakes were polypharmacy, prescribing myotropic antispasmodics, and empirically eradicating *H. pylori*.

**Conclusions.** This survey revealed insufficient adherence to current recommendations for diagnosing, testing, and treating dyspepsia among GPs in the Vinnytsia region, mirroring the situation in other countries. Real improvements could be achieved by creating simplified guidelines targeted at primary care providers, approved by the Ministry of Health of Ukraine as official departmental instructions. There is a need for improving the Continuing Medical Education system, incorporating real motivational mechanisms.

**Keywords:** functional dyspepsia, general practitioners, guideline adherence, patient care management, *Helicobacter pylori*, treatment, PPI.

### ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Палій ІГ, Мелашченко СГ, Ксенчин ОО, Яцюк СО. Повсякденні стереотипи лікарів загальної практики при роботі з пацієнтами з диспепсичними скаргами: результати комп'ютерного опитування. Сучасна гастроентерологія. 2025;2:14-24. <http://doi.org/10.30978/MG-2025-2-14>.

Paliy IG, Melashchenko SG, Ksenchyn OO, Yatsiuk SO. Everyday stereotypes of general practitioners in management of patients with dyspeptic complaints: results of computer survey. Modern Gastroenterology (Ukraine). 2025;2:14-24. <http://doi.org/10.30978/MG-2025-2-14>. Ukrainian.