

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь:

1.1. согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее - МКБ-10) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь классифицируется как:

K21.0 гастроэзофагеальный рефлюкс эзофагитом;
рефлюкс-эзофагит;

K21.9 гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита;
гастроэзофагеальный рефлюкс БДУ;

1.2. используются следующие определения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (далее - ГЭРБ) – состояние, при котором рефлюкс желудочного содержимого вызывает беспокоящие пациента симптомы и (или) осложнения. К таким осложнениям относятся: рефлюкс-эзофагит, язвенные кровотечения, пенетрации, постязвенные стриктуры, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода;

пищевод Барретта – наличие очагов метаплазии – замещение многослойного плоского эпителия цилиндрическим эпителием желудочного или кишечного типа. С повышенным риском развития аденокарциномы пищевода ассоциирована кишечная метаплазия;

1.3. клиническими критериями ГЭРБ являются:

типичные симптомы: изжога, кислая регургитация, боль в грудной клетке. Также могут присутствовать отрыжка, дисфагия, срыгивание;

атипичные проявления: икота, жжение и боли в языке, дисфония, зловонный запах изо рта, хронический кашель, спонтанное ночное апноэ, ночные приступы бронхоспазма, упорный хронический ларингит, боли в спине, повреждения зубов (эрозивное повреждение за счет срыгивания кислого желудочного содержимого);

1.4. диагностика при ГЭРБ проводится согласно таблице 1;

Таблица 1

Обязательная	Дополнительная ¹
<p>Длина тела, масса тела, индекс массы тела (далее – ИМТ). Общий анализ крови (далее – ОАК). Общий анализ мочи (далее – ОАМ). Биохимическое исследование крови (далее – БИК): глюкоза, определение концентрации холестерина (далее – ХС), билирубин, определение активности аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), активности аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ). Электрокардиограмма (далее – ЭКГ). Эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭГДС), при подозрении на пищевод Барретта – с биопсией слизистой оболочки дистального отдела пищевода.</p>	<p>Рентгенография пищевода и желудка с контрастированием, при необходимости – исследование на трохоскопе (при дисфагии, подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы (далее - ПОД). Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости (далее – ОБП) (при симптомах диспепсии). Суточная внутрипищеводная рН-метрия (при отсутствии эффекта от стандартной терапии, отсутствии типичных симптомов). Эндоскопия пищевода с увеличением (при пищеводе Барретта или подозрении на него), хромоэндоскопия. Терапевтический тест с ингибитором протонной помпы (далее – ИПП) проводится согласно таблице 10 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу (при загрудинной боли или других проявлениях, связь которых с рефлюксом требуется уточнить). Врачебная консультация врача-кардиолога, проба с физической нагрузкой (велозергометрия, тредмил), холтеровское мониторирование ЭКГ (при болях в грудной полости). Врачебная консультация врача-оториноларинголога (при наличии соответствующих атипичных проявлений). Врачебная консультация врача-пульмонолога (при хроническом кашле, признаках бронхоспазма). Врачебная консультация врача-онколога (при пищеводе Барретта с дисплазией).</p>

1.5. диагностическими критериями ГЭРБ являются:

наличие изжоги или кислой регургитации в течение 6 и более месяцев с частотой 2 раза в неделю и более и (или)
наличие признаков рефлюкс-эзофагита (диагностируется эндоскопически по наличию повреждений (эрозии, язвы) слизистой оболочки дистального отдела пищевода и (или),

наличие критериев пищевода Барретта и (или),

наличие загрудинной боли, или внепищеводных проявлений, если доказана их связь с рефлюксом (по данным теста с ИПП или суточной рН-метрии);

1.6. диагностическими критериями пищевода Барретта являются:

наличие при гистологическом исследовании цилиндрического эпителия в биоптатах слизистой оболочки пищевода, взятых на 1 см и выше от пищеводно-желудочного соединения (то есть от проксимального края желудочных складок либо дистального края палисадных сосудов);

при наличии эндоскопической картины, подозрительной на метаплазию в пищеводе, выносится заключение «Подозрение на пищевод Барретта» и выполняется биопсия;

после гистологического исследования при подтверждении наличия цилиндрического эпителия на 1 см и выше от пищеводно-желудочного соединения (то есть от проксимального края желудочных складок либо дистального края палисадных сосудов), ставится диагноз:

пищевод Барретта с желудочной метаплазией (при выявлении эпителия желудочного типа) или пищевод Барретта с кишечной метаплазией (при выявлении эпителия кишечного типа); при выявлении дисплазии на фоне воспаления (эндоскопические или гистологические признаки эзофагита) ее наличие рассматривается как неопределенное до купирования признаков воспаления. Назначается прием ИПП в двойной дозе на 2 месяца, после чего биопсия с оценкой наличия и степени дисплазии выполняется повторно;

1.7. для оценки степени тяжести ГЭРБ используются следующие критерии:

1.7.1. клинические критерии:

легкая – изжога менее 2 раз в неделю;

средняя – изжога 2 раза в неделю и более, но не ежедневно;

тяжелая – изжога ежедневно;

1.7.2. эндоскопические критерии:

1.7.2.1. степень тяжести эзофагита оценивается в соответствии с Лос-Анджелесской классификацией;

1.7.2.2. степень тяжести пищевода Барретта оценивается по его распространенности в соответствии с Пражской градационной системой C&M, при этом в диагнозе указывается индекс СХМУ, (например, C2M4) где:

С – длина участка с циркулярным поражением (X – расстояние в см от желудочно-пищеводного перехода до Z-линии);

М – максимальная длина «языка» метаплазии (Y – расстояние в см от желудочно-пищеводного перехода до верхушки наиболее длинного участка метаплазии);

1.7.3. гистологические критерии:

в случае пищевода Барретта оценивается наличие дисплазии и ее степень;

1.8. выделяют следующие осложнения ГЭРБ:

язва;

стеноз;

кровотечение;

пенетрация;

аденокарцинома;

1.9. для классификации ГЭРБ используют следующие категории:

1.9.1. классификация клинических форм ГЭРБ:

неэрозивная ГЭРБ;

эрозивная ГЭРБ;

пищевод Барретта;

1.9.2. эндоскопическая классификация эзофагита (Лос-Анджелесская классификация эзофагита, 1994):

степень А – одно или несколько повреждений слизистой оболочки пищевода, располагающихся на верхушках складок, каждое из которых длиной не более 5 мм;

степень В – одно или несколько поврежденных слизистой оболочки пищевода длиной 5 мм и более, располагающихся на верхушках складок и не распространяющихся между ними;

степень С – одно или несколько поврежденных слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, распространяющихся между складками, но занимающих менее 75% окружности пищевода;

степень D – повреждения слизистой оболочки пищевода, охватывающие 75% и более по его окружности;

1.9.3. классификация пищевода Барретта:

1.9.3.1. по типу метаплазии:

пищевод Барретта с желудочной метаплазией;

пищевод Барретта с кишечной метаплазией;

1.9.3.2. по протяженности:

короткий сегмент (длина участка метаплазии менее 3 см);

длинный сегмент (длина участка метаплазии 3 см и более);

1.10. формулировка диагноза ГЭРБ включает*:

нозологию, клиническую форму заболевания;

степень тяжести (в случае эзофагита – указание его степени и даты последнего эндоскопического обнаружения эрозивно-язвенного поражения);

клиническую фазу заболевания (обострение, ремиссия);

осложнения (при пищеводе Барретта – градация по C&M, вид метаплазии, степень дисплазии);

1.11. цели лечения ГЭРБ следующие:

купирование (уменьшение) клинических проявлений;

репарация эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки пищевода;

предотвращение прогрессирования метаплазии и появления дисплазии при пищеводе Барретта;

предотвращение рецидивов (обострений) и осложнений;

1.12. показаниями для госпитализации пациентов с ГЭРБ являются:

эзофагит степени С, D без осложнений или пищевод Барретта (госпитализация пациента в терапевтическое, гастроэнтерологическое отделения районной организации здравоохранения (далее – РОЗ), городской организации здравоохранения (далее – ГОЗ), областной организации здравоохранения (далее – ООЗ));

эзофагит с осложнением (кровотечение, пенетрация, стеноз) (госпитализация пациента в хирургическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

ГЭРБ с резистентным к лечению течением и необходимостью уточнения диагноза (госпитализация пациента в гастроэнтерологическое отделение ГОЗ или ООЗ);

1.13. лечение пациента с ГЭРБ включает:

*Примеры:

1. Неэрозивная ГЭРБ, средней степени тяжести, обострение.

2. Эрозивная ГЭРБ с эзофагитом степени А (12.03.2013). Аксиальная грыжа ПОД.

3. ГЭРБ: пищевод Барретта с желудочной метаплазией, С2М6, с клиническими проявлениями средней степени тяжести.

4. Эрозивная ГЭРБ с эзофагитом степени D, осложненным кровотечением.

1.13.1. комплекс рекомендаций по немедикаментозной терапии (питание, образ жизни);

1.13.2. медикаментозную терапию:

1.13.2.1. ГЭРБ без эзофагита:

индукционная терапия: при редких (не чаще 2 раз в неделю) симптомах – антациды или H₂-блокаторы (ранитидин 150-300 мг/сут, фамотидин 20-40 мг/сут) в режиме «по требованию»; при частых симптомах – ИПП в стандартной дозе (стандартная доза определяется согласно таблице 11 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу) 1 раз в сутки утром за 30-60 мин до еды 4 недели. При недостаточном эффекте доза увеличивается в 2 раза (двойная доза). Дополнительно при необходимости назначаются антациды в режиме «по требованию». При неэрозивной ГЭРБ с внепищеводными проявлениями (хронический кашель, бронхоспазм, осиплость голоса) – ИПП в двойной дозе 12 недель;

поддерживающая терапия: терапия «по требованию» – при появлении клинической симптоматики однократный прием антацида или H₂-блокатора или ИПП в стандартной дозе (одного из перечисленных) либо непрерывная поддерживающая терапия в виде ежедневного приема половинной дозы ИПП;

1.13.2.2. ГЭРБ с эзофагитом степени А-В:

индукционная терапия: ИПП в двойной дозе (стандартная доза 2 раза в день или двойная доза утром) – 4 недели, затем в стандартной дозе еще 4 недели. При отсутствии эффекта доза увеличивается в 2 раза. Дополнительно при необходимости антациды в режиме «по требованию» или прокинетики в стандартных дозах;

поддерживающая терапия: ИПП в стандартной дозе в режиме «по требованию», при неэффективности (рецидивы эзофагита) – непрерывная терапия половинной или стандартной дозой ИПП. Минимальная длительность непрерывной терапии – 6 месяцев. При необходимости постоянного многолетнего применения ИПП следует перед началом профилактического лечения оценить наличие инфекции *H. pylori*, и если она имеется – провести эрадикационную терапию;

1.13.2.3. ГЭРБ с эзофагитом степени С-D:

индукционная терапия: ИПП в двойной дозе (стандартная доза 2 раза в день или двойная доза утром) – 8-12 недель. При недостаточном эффекте доза увеличивается в 2 раза. При необходимости дополнительно – антациды в режиме «по требованию»;

поддерживающая терапия: непрерывный прием ИПП в стандартной или половинной от стандартной дозе (назначается доза, обеспечивающая отсутствие изжоги). Минимальная длительность непрерывной терапии – 6 месяцев. Перед началом профилактического лечения следует оценить наличие инфекции *H. pylori*, и если она имеется – провести эрадикационную терапию;

1.13.2.4. пищевод Барретта:

в случае отсутствия тяжелой дисплазии – ИПП в двойной дозе постоянно;

при определенной тяжелой дисплазии – рассмотрение вопроса о хирургическом лечении;

1.13. контроль эффективности лечения ГЭРБ осуществляется следующим образом:

1.13.1. эффективность индукционной терапии неэрозивной ГЭРБ контролируется по исчезновению симптомов рефлюкса в сроки 2-4 недели, внепищеводных симптомов – в сроки 8-12 недель;

1.13.2. заживление эзофагита контролируется эндоскопически в сроки 4-12 недель (в зависимости от тяжести эзофагита). Допускается ведение пациента без эндоскопического контроля при эзофагите степени А-В и полном исчезновении симптомов рефлюкса на фоне лечения;

1.14. пациенты с ГЭРБ с эзофагитом С-D или пищеводом Барретта относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат наблюдению врачом-гастроэнтерологом, врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики) постоянно;

1.15. объем и сроки обследования пациента при диспансерном наблюдении составляют:

1.15.1. при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (далее - ГЭРБ) с эзофагитом С-D:

1 раз в год: медицинский осмотр в определении ИМТ, ОАК, БИК (билирубин, АСТ, АЛТ, железо), ЭГДС;

1 раз в 2 года: ЭГДС с множественной биопсией пищевода;

1.15.2. при ГЭРБ с пищеводом Барретта:

1 раз в год: медицинский осмотр с определением ИМТ, БИК (включая железо), анализ кала на скрытую кровь, ЭГДС (в случае пищевода Барретта с дисплазией - ЭГДС с биопсией проводится 2 раза в год). Увеличение частоты выполнения ЭГДС определяется индивидуально врачом-гастроэнтерологом с учетом характера течения заболевания;

по показаниям:

R-скопия пищевода, консультация врача-онколога.

1.16. пациенты с пищеводом Барретта с кишечной метаплазией или дисплазией относятся к группе риска по раку пищевода;

1.17. другие случаи ГЭРБ, кроме перечисленных в пункте 1.14 настоящего приложения, относятся к группе Д(II);

1.18. критериями эффективности лечения и диспансерного наблюдения при ГЭРБ являются отсутствие клинической и эндоскопической симптоматики, раннее выявление осложнений.

2. Гастродуоденальные язвы:

2.1. согласно МКБ-10 гастродуоденальные язвы классифицируются как:

K25 язва желудка (включает: эрозия (острая) желудка);

K26 язва двенадцатиперстной кишки (включает: эрозия (острая) двенадцатиперстной кишки);

K27 пептическая язва неуточнённой локализации;

K28 гастроэюнальная язва;

2.1.1. с рубриками K25-K28 используются следующие четырехзначные подрубрики:

.0 острая с кровотечением;

.1 острая с прободением;

.2 острая с кровотечением и с прободением;

.3 острая без кровотечения или прободения;

.4 хроническая или неуточнённая с кровотечением;

.5 хроническая или неуточнённая с прободением;

.6 хроническая или неуточнённая с кровотечением и с прободением;

.7 хроническая без кровотечения или прободения;

.9 неуточнённая как острая или хроническая, без кровотечения или прободения;

2.2. используются следующие определения:

язва гастродуоденальной слизистой оболочки представляет собой углубленный локализованный дефект, проникающий глубже мышечной пластинки слизистой оболочки;

эрозия гастродуоденальной слизистой оболочки представляет собой ее дефект, не проникающий глубже мышечной пластинки слизистой оболочки;

2.3. клиническими критериями гастродуоденальных язв являются:

боли в верхней части живота. Болевой синдром может иметь различную степень выраженности и связь с приемом пищи;

возможно наличие других проявлений: дискомфорт в эпигастрии, отрыжка, изжога, снижение аппетита или обостренное чувство голода, тошнота, рвота;

возможно малосимптомное, малоболевое или безболевого течение заболевания;

2.4. диагностика при гастродуоденальных язвах проводится согласно таблице 2;

Таблица 2

Обязательная	Дополнительная ¹	Примечание
Длина тела, масса тела, ИМТ. ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, ХС, мочевины, креатинин). ЭКГ. ЭГДС; при язве желудка – биопсия краев язвы (3-4 биоптата) для исключения малигнизации и биопсия вдали от края язвы – для гистологической диагностики гастрита и оценки <i>Helicobacter pylori</i> (далее – Нр). Определение Нр (до начала лечения): быстрый уреазный тест с биоптатом желудка или гистологическое исследование биоптатов желудка, взятых не из края язвы, или ¹³ С-дыхательный тест, или определение антигенов Нр в кале, или определение антител к Нр в сыворотке крови. УЗИ органов брюшной полости.	Определение групп крови по системам АВО и резус (при наличии признаков кровотечения). Общий белок (при нарушении статуса питания). Щелочная фосфатаза (далее – ЩФ), гамма-глутамилтранспептидаза (далее – ГГТП), амилаза (при повышении других «печеночных проб»). Электролиты крови (при рвоте). Железо (при кровотечении, анемии). Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки. Релаксационная дуоденография (при подозрении на пилородуоденальный стеноз, рак желудка, дуоденостаз). Биопсия дуоденальной слизистой оболочки (при постбульбарных язвах, подозрительных на болезнь Крона). Суточная рН-метрия (при язвах, резистентных к стандартной антисекреторной терапии). Врачебная консультация врача-хирурга (при наличии осложнений – кровотечение, пенетрация, перфорация, пилородуоденальный стеноз). Врачебная консультация врача-онколога (при диагностике ракового изъязвления, при малигнизации язвы). Эндоскопия поджелудочной железы (при подозрении на гастриному).	Определение антител к Нр в сыворотке крови используется только в случае имевшего место за последние 2 недели приема любых антибактериальных лекарственных средств или ингибиторов протонной помпы либо при тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка; серологическое исследование не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе.

2.5. диагностическими критериями гастродуоденальной язвы у пациента являются:

язва (эрозия) желудка или двенадцатиперстной кишки при ЭГДС;

при язве желудка - отсутствие гистологических признаков злокачественного роста в материале, взятом из краев язвы;

2.6. выделяют следующие критерии оценки степени тяжести гастродуоденальной язвы у пациента:

легкое течение – обострения язвы реже 1 раза в год;

среднетяжелое течение – обострения язвы 1-2 раза в год;

тяжелое течение – обострения язвы 3 раза в год и чаще или возникновение осложнений;

2.7. осложнениями гастродуоденальных язв являются:

кровотечение;

пенетрация;

перфорация;

перигастрит, перидуоденит;

пилородуоденальный стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный);

малигнизация;

2.8. для классификации гастродуоденальных язв используют следующие категории:

2.8.1. по локализации:

язва желудка (кардиальный, субкардиальный, антральный, пилорический отдел, тело, угол, большая и малая кривизна, передняя и задняя стенка);

язва двенадцатиперстной кишки (луковица, постбульбарный отдел, передняя и задняя стенка, верхняя и нижняя стенка);

2.8.2. по варианту развития и течения:

острая (стрессовая язва при распространенных ожогах, черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях, инфаркте миокарда, сепсисе, тяжелых ранениях, полостных операциях и другое, лекарственные язвы, ассоциированные с приемом НПВС, ацетилсалициловой кислоты, кортикостероидов);

хроническая (Нр-ассоциированная язва; НПВС-ассоциированная язва; язва, ассоциированная с другими (редкими) причинами);

неуточненная как острая или хроническая;

2.8.3. по тяжести течения (в случаях хронической язвы):

легкое, с редкими обострениями (реже 1 раза в год);

среднетяжелое (обострения 1 - 2 раза в год);

* Примеры:

1. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки (передняя стенка, 8×6 мм от 10.02.2013), Нр+, фаза обострения, среднетяжелое течение, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, компенсированный пилородуоденальный стеноз.

2. Хроническая язва желудка (9×7 мм от 22.12.2012) с локализацией на задней стенке антрального отдела, впервые выявленная. Нр+. Язвенное кровотечение от 22.12.2012, Forrest 2b.

3. Острые язвы желудка множественные (три – 2×3мм, 5×4 мм и 4×5 мм), ассоциированные с приемом НПВС (индометацин), Нр-.

4. Хроническая язва ЛДПК в фазе рубца, рубцовая деформация ЛДПК, Нр- (перфорация с ушиванием в 2008 г, эрадикационная терапия 1 линии в 2010 г).

5. Хронические язвы сочетанной локализации: язва желудка (передняя стенка, 3 мм), язва ЛДПК в фазе рубца, Нр+.

тяжелое, с частыми обострениями (обострения 3 раза в год и чаще);

2.9. формулировка диагноза гастродуоденальной язвы включает*:

указание на острый или хронический характер язвы;

локализацию, размеры язвы у пациента;

наличие Нр (если проводилась эрадикация, указать ее дату), другие этиологические факторы (НПВС, стероиды, стрессовая язва при распространенных ожогах, черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях, инфаркте миокарда, сепсисе, тяжелых ранениях, полостных операциях и другое);

фазу обострения или ремиссии;

тяжесть течения;

наличие постъязвенных деформаций (рубцово-язвенная деформация желудка, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки);

осложнения;

2.10. целью лечения гастродуоденальных язв является:

купирование (уменьшение) болевого синдрома;

достижение репарации язвы;

при Нр-позитивных язвах – достижение эрадикации Нр;

профилактика последующих рецидивов, осложнений гастродуоденальных язв.

2.11. Показаниями для госпитализации пациента с гастродуоденальной язвой являются:

язва желудка или язва двенадцатиперстной кишки больших размеров (2 см и более в желудке или 1 см и более в двенадцатиперстной кишке) (пациент

госпитализируется в терапевтическое или гастроэнтерологическое отделения РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

язва желудка или язва двенадцатиперстной кишки с осложнениями в анамнезе или с угрозой развития осложнений (пациент госпитализируется в терапевтическое или гастроэнтерологическое отделения РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

тяжелое течение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (обострения 3 раза в год и чаще) или резистентность к стандартной терапии (сохранение язвенного дефекта в течение 2 месяцев и более при локализации язвы в желудке, 1,5 месяцев и более – при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке) (пациент госпитализируется в гастроэнтерологическое отделение ГОЗ или ООЗ);

осложненная язва желудка или двенадцатиперстной кишки (наличие кровотечения, стеноза, пенетрации, перфорации) (пациент госпитализируется в хирургическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

2.12. лечение пациента с гастродуоденальной язвой включает:

2.12.1. комплекс рекомендаций по образу жизни и питанию пациента (прекращение употребления алкоголя, прекращение курения, лечебное питание с обеспечением при необходимости механического, химического и термического щажения органов пищеварения, соблюдение режима питания);

2.12.2. медикаментозную терапию:

2.12.2.1. при Нр-ассоциированных язвах проводится эрадикационная терапия инфекции Нр (согласно пункту 3.11.2. приложения 2 к настоящему Клиническому протоколу) с последующим контролем ее эффективности (согласно пункту 2.13. приложения 2 к настоящему Клиническому протоколу); эрадикационная терапия может быть назначена пациенту эмпирически до получения результатов теста на Нр в случае, когда соблюдаются все следующие условия: язва локализуется в луковице двенадцатиперстной кишки, ранее эрадикационная терапия пациенту не проводилась, пациент не принимал нестероидных противовоспалительных средств (далее – НПВС);

2.12.2.2. для репарации язвы пациенту проводится антисекреторная терапия: ингибиторы протонной помпы (далее – ИПП) в стандартной дозе согласно таблице 11 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу 1 раз в день утром натощак за 30-60 минут до еды, при выраженных клинических проявлениях допускается использование двойной дозы ИПП (прием стандартной дозы 2 раза в сутки). При стрессовых язвах (в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии организации здравоохранения) - парентеральное введение ИПП или H2-блокаторов. Продолжительность пероральной антисекреторной терапии: 4-6 недель при дуоденальной язве или 8-10 недель при желудочной язве, либо до заживления язвы. Время проведения эрадикационной терапии является составной частью периода антисекреторной терапии. После проведения эрадикационной терапии антисекреторную терапию следует продолжать до достижения вышеуказанной продолжительности или до полного заживления язвы;

2.12.2.3. при выраженных клинических проявлениях, постпрандиальных симптомах допускается использование дополнительной терапии – антацидов (до 2 недель или эпизодически) и прокинетики (домперидон 10 мг 3 раза в сутки);

2.12.3.4. при язвенном кровотечении как компонент комплексной терапии: 40-80 мг омепразола внутривенно болюсом, затем внутривенно непрерывно со скоростью 8 мг/час в течение 72 ч, затем 40 мг омепразола в сутки внутрь. Возможно использование других ИПП;

2.13. контроль эффективности лечения осуществляется следующим образом:

заживление язвы желудка у пациента контролируется эндоскопически в сроки 2-8 недель от начала лечения – до полного заживления язвы. Выполняется биопсия из участка постъязвенного рубца для исключения малигнизации;

заживление язвы двенадцатиперстной кишки контролируется эндоскопически в сроки 2-6 недель от начала лечения. Допускается ведение неосложненной дуоденальной язвы без эндоскопического контроля в случае полноценного проведения эрадикационной терапии и купирования клинических проявлений;

эффективность эрадикационной терапии контролируется результатами гистологического исследования (ЭГДС с биопсией из тела желудка (2 биоптата) и антрального отдела желудка (2 биоптата)) или результатами 13С-дыхательного теста на Нр, или анализа кала на антигены Нр через 4-8 недель после окончания эрадикационной терапии и не ранее, чем через 2 недели после прекращения приема любых антибактериальных лекарственных средств или ИПП;

2.14. пациенты с гастродуоденальной язвой относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат наблюдению у врача-терапевта участкового (врача общей практики);

2.15. объем и частота обследования при диспансерном наблюдении пациента с гастродуоденальной язвой составляют:

1 раз в год: медицинский осмотр, измерение индекса массы тела (далее - ИМТ), анализ кала на скрытую кровь;

1 раз в 3 года: биохимическое исследование крови (ЩФ, ГГТП, общий белок, амилаза, ХС, железо);

по показаниям: ЭГДС; УЗИ ОБП, рентгеноскопия желудка, врачебная консультация врача-гастроэнтеролога, врача-хирурга;

2.16. сроки диспансерного наблюдения пациента гастродуоденальной язвой следующие:

при персистировании инфекции Нр, постоянном приеме НПВС или антиагрегантов пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики) в группе диспансерного наблюдения Д(III) постоянно;

при отсутствии инфекции Нр, приема НПВС или антиагрегантов и отсутствии в последние 3 года рецидивов язвы, скрытой крови в кале и «симптомов тревоги» (снижение массы тела, анемия) пациент переводится в группу диспансерного наблюдения Д(II);

2.18. пациенты с хронической язвой желудка относятся к группе риска по раку желудка;

2.19. критериями эффективности лечения и диспансерного наблюдения пациента при гастродуоденальных язвах являются: отсутствие язвенных дефектов, поддержание нормального статуса питания, снижение нетрудоспособности, предотвращение рецидивов и осложнений, раннее выявление осложнений.

3. Хронический гастрит.

3.1. Согласно МКБ-10 хронический гастрит классифицируется как:

K29.3 хронический поверхностный гастрит;

K29.4 хронический атрофический гастрит;

K29.5 хронический гастрит неуточненный:

хронический гастрит антральный;

хронический гастрит фундальный;

K29.6 другие гастриты:

гастрит гипертрофический гигантский;

гранулематозный гастрит;

болезнь Менетрие;

K29.7 гастрит неуточненный;

K29.8 дуоденит;

K29.9 гастродуоденит неуточненный;

3.2. используется следующее определение хронического гастрита:

хронический гастрит – это хронический воспалительный процесс слизистой оболочки желудка, характеризующийся нарушением ее физиологической регенерации, уменьшением количества железистых клеток, при прогрессировании – атрофией железистого эпителия с развитием кишечной метаплазии, а в последующем – дисплазии. Хронический гастрит обычно вызывается микроорганизмом Нр;

3.3. клиническими критериями хронического гастрита являются:

В12-дефицитная анемия (проявление аутоиммунного гастрита);

железодефицитная анемия, резистентная к стандартной пероральной терапии препаратами железа (может являться проявлением хронического хеликобактерного гастрита, хронического аутоиммунного гастрита);

3.4. диагностика при хронических гастритах проводится согласно таблице 3;

Таблица 3

Обязательная	Дополнительная ¹	Примечание
<p>Длина тела, масса тела, ИМТ. ОАК. ОАМ. БИК: глюкоза, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ. ЭКГ. ЭГДС с гастробиопсией: из антрального отдела желудка (2 фрагмента – по малой и по большой кривизне в 2 см от пилоруса) – для первичной диагностики Нр-ассоциированного гастрита пациентам в возрасте до 40 лет, которым ранее не проводилась эрадикация; из антрального отдела желудка (2 фрагмента – по малой и по большой кривизне в 2 см от пилоруса) и тела желудка (2 фрагмента – по малой и большой кривизне в 8 см от кардии) – для оценки результата эрадикационной терапии, а также пациентам, которым ранее проводилась эрадикационная терапия без контроля эффективности; биопсия для стадирования по OLGA – всем пациентам старше 40 лет, которым ЭГДС проводится впервые; пациентам, у которых ранее выявлялась атрофия умеренной или тяжелой степени, метаплазия или дисплазия слизистой оболочки желудка; при подозрении на аутоиммунный гастрит; при наследственном анамнезе, отягощенном по раку желудка.</p>	<p>Определение Нр методами, отличными от патоморфологического (при необходимости быстрого ответа, сомнительных результатах гистологического исследования): быстрый уреазный тест или дыхательный ¹³С-тест, или определение антигенов Нр в кале Развернутый ОАК., включая MCV, MCH, ретикулоциты (при активном Нр-гастрите, ассоциированном с анемией). Железо сыворотки крови, ферритин (при активном Нр-гастрите, ассоциированном с анемией или подозрении на латентный дефицит железа). Витамин В12 сыворотки крови, антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла (при атрофии в теле желудка в сочетании с признаками макроцитарной анемии). Врачебная консультация врача-гематолога, стерильная пункция (при подозрении на В12-дефицитную анемию). УЗИ щитовидной железы (при аутоиммунном гастрите). Врачебная консультация врача-онколога (при наличии дисплазии тяжелой степени). Врачебная консультация врача-аллерголога-иммунолога (при эозинофильном гастрите). Антитела к глиадину и тканевой трансглутаминазе (при лимфоцитарном гастрите). Илеоколоноскопия, энтероскопия (при гранулематозном гастрите). Эндоскопия с увеличением, хромоскопия (при распространенной кишечной метаплазии, дисплазии, подозрении на ранний рак).</p>	<p>При проведении биопсии биоптаты из каждого отдела желудка помещаются в отдельные флаконы и соответствующим образом маркируются. Биопсия для стадирования по OLGA проводится следующим образом: 2 фрагмента из антрального отдела в 2 см от пилоруса по малой и большой кривизне и 1 фрагмент из угла желудка в тот же флакон; 2 фрагмента из тела желудка примерно в 8 см от кардии по большой и малой кривизне; при наличии очаговых изменений – дополнительные биоптаты из них в отдельные флаконы.</p>

3.5. диагностическими критериями хронического гастрита являются:

наличие гистологических признаков хронического гастрита при оценке гастробиоптатов проводится согласно таблице 3 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу;

наличие гистологических признаков атрофии в теле желудка в сочетании с наличием антител к париетальным клеткам и (или) к внутреннему фактору Кастла (для аутоиммунного гастрита);

3.6. при хроническом гастрите используют следующие критерии оценки степени тяжести:

3.6.1. степень активности, воспаления, атрофии и метаплазии определяется по визуально-аналоговой шкале в соответствии с Сиднейской системой (проводится согласно таблице 13 приложения 6 настоящего Клинического протокола), при этом биоптаты из каждого отдела желудка описываются отдельно;

3.6.2. степень тяжести хронического атрофического гастрита определяется в зависимости от стадии по градационной системе OLGA в соответствии с таблицей 4;

Таблица 4

Выраженность атрофии (метаплазии)* нет		Тело желудка			
		легкая	умеренная	тяжелая	
Антрум	нет	стадия 0	стадия I	стадия II	стадия II
	легкая	стадия I	стадия I	стадия II	стадия III
	умеренная	стадия II	стадия II	стадия III	стадия IV
	тяжелая	стадия III	стадия III	стадия IV	стадия IV

легкий атрофический гастрит – стадия I;
умеренный атрофический гастрит – стадия II;
тяжелый атрофический гастрит – стадии III, IV;

3.6.3. наличие и степень тяжести дисплазии определяется по следующим критериям:

дисплазия эпителия диагностируется по наличию клеток эпителия с увеличенными гиперхромными ядрами, снижению (исчезновению) бокаловидных клеток и муцина, наличию амфобильности (базофильности) цитоплазмы; эти признаки вовлекают поверхностный эпителий; отсутствуют признаки реактивного (регенерирующего) эпителия (созревание эпителия по направлению к поверхности – в клетках увеличивается количество цитоплазмы, ядра уменьшаются и локализуются базальнее; имеется ассоциация с прилежащим активным воспалением; митотическая активность ограничена шейками желез);

дисплазия градируется на дисплазию низкой и высокой степени;

дисплазия высокой степени (тяжелая дисплазия, cancer in situ) характеризуется следующими признаками: кубический эпителий с высоким ядерно-цитоплазматическим отношением, выраженными амфобильными ядрышками; множественные, в том числе и атипичные, митозы; выраженная ядерная стратификация и потеря полярности (потеря базальной ориентации, ядра смещаются в апикальную половину клетки и выступают в просвет); архитектурные аномалии; наличие выраженных структурных аномалий (крибриформность желез, железы «спинка-к-спинке», избыточное ветвление) в области дисплазии высокой степени следует классифицировать как рак вне зависимости от наличия или отсутствия десмопластических изменений;

дисплазия низкой степени диагностируется, если присутствуют общекритерии дисплазии, но отсутствуют критерии дисплазии высокой степени;

3.7. хронический гастрит классифицируется в соответствии с Хьюстонско-Сиднейской системой следующим образом:

неатрофический гастрит (Нр, другие факторы);

атрофический гастрит:

аутоиммунный;

мультифокальный (Нр, особенности питания, факторы среды);

особые формы гастрита:

химический (химические раздражители, желчь, НПВС);

радиационный (лучевые поражения);

лимфоцитарный (идиопатический, иммунные механизмы, глютен, Нр);

неинфекционный гранулематозный (Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела, идиопатический);

эозинофильный (пищевая аллергия, другие аллергены);

другие инфекционные (бактерии (кроме Нр), вирусы, грибы, паразиты);

3.8. формулировка диагноза хронического гастрита включает*:

нозологию, тип (при особой форме – ее характеристику);

этиологический фактор (если возможно);

характеристику степени контаминации Нр, воспаления, активности, атрофии и метаплазии по результатам топической патогистологической характеристики (антрум, тело, при наличии – угла желудка или других отделов);

характеристику тяжести атрофического гастрита;

характеристику анемии (при ее наличии);

3.9. цели лечения хронического гастрита следующие:

при Нр-гастрите - достижение эрадикации Нр, уменьшение воспалительных изменений и остановка прогрессирования атрофии слизистой оболочки желудка пациента;

при нехеликобактерных гастритах - уменьшение воспалительных изменений слизистой оболочки желудка пациента;

купирование анемии;

3.10. показаниями для госпитализации пациента с хроническим гастритом являются:

тяжелые проявления и (или) необходимость уточнения диагноза при особых формах гастрита (госпитализация пациента в гастроэнтерологические отделения ГОЗ, ООЗ);

В12-дефицитная анемия средней или тяжелой степени, обусловленная аутоиммунным гастритом (госпитализация пациента в терапевтическое или гастроэнтерологическое отделения РОЗ, ГОЗ, ООЗ).

* Примеры:

1. Хронический антральный хеликобактерный гастрит (антрум: Нр 3+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия +, 21.03.2012).

2. Хронический атрофический хеликобактер-ассоциированный пангастрит (антрум: Н. pylori 0, активность 2+, воспаление 2+, атрофия 3+, кишечная метаплазия +; тело: Н. pylori 2+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия +), тяжелый (стадия III по OLGA).

3. Хронический атрофический аутоиммунный гастрит (антрум: Нр -, активность 0, воспаление 1+, атрофия 0; тело: Нр 0, активность 2+, воспаление 2+, атрофия 3+, кишечная метаплазия 2+, дисплазия низкой степени), умеренной степени тяжести (стадия II по OLGA). В12-дефицитная анемия легкой степени.

3.11. лечение пациента с хроническим гастритом включает:

3.11.1. мероприятия по питанию и образу жизни: соблюдение принципов здорового питания, отказ от алкоголя, курения, ограничение применения гастротоксических лекарственных средств (например, НПВС) и других химических раздражителей;

3.11.2. при Нр-гастрите - эрадикационную терапию Нр:

3.11.2.1. терапия 1-й линии:

стандартная тройная терапия: ИПП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол) в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день, амоксициллином 1000 мг 2 раза в день за 30 мин до еды – 7 или 10 или 14 дней либо эта же схема с двойной дозой ИПП (омепразол или эзомепразол – 40 мг 2 раза в день) – 7 дней (при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда вместо амоксициллина следует использовать метронидазол 500 мг 2 раза в день во время еды);

последовательная терапия: ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с амоксициллином 1000 мг 2 раза в день – 5 или 7 дней, далее ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день, в комбинации с тинидазолом или метронидазолом 500 мг 2 раза в день – 5 или 7 дней;

3.11.2.2. терапия 2-й линии (квадротерапия на основе препаратов висмута): ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с препаратом коллоидного субцитрата висмута 120 мг 4 раза в день за 20-30 минут до еды, тетрациклином 500 мг 4 раза в день до еды, метронидазолом 500 мг 3 раза в день во время еды – 7, 10 или 14 дней;

3.11.2.3. терапия 3-й линии (тройная терапия с левофлоксацином): ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с левофлоксацином 500 мг 2 раза в день, с амоксициллином 1000 мг 2 раза в день – 10 дней;

3.11.3. при особых формах гастрита – воздействие на этиологический фактор (лечение целиакии, болезни Крона, гранулематоза Вегенера и другое);

3.11.4. при аутоиммунном атрофическом гастрите с мегалобластной анемией, подтвержденной исследованием костного мозга и сниженным уровнем витамина В12 (ниже 150 пг/мл) – цианкобаламин (витамин В12) 500 мкг/сут внутримышечно до нормализации гемоглобина, далее – в той же дозе в течение 2 месяцев 1 раз в нед, в последующем – длительно (пожизненно) 500 мкг 1 раз в 2-3 месяца; фолиевая кислота 5 мг/сут; при наличии Нр-инфекции – проводится эрадикационная терапия;

3.12. эффективность эрадикационной терапии контролируется результатами гистологического исследования (ЭГДС с биопсией из тела желудка (не менее 2 фрагментов) и антрального отдела желудка (2 фрагмента)) или результатами 13С-дыхательного теста на Нр или определения антигенов Нр в стуле через 4-8 недель после окончания эрадикационной терапии и не ранее, чем через 2 нед после прекращения приема любых антибактериальных лекарственных средств или ИПП;

3.13. пациенты с хеликобактерным атрофическим гастритом умеренной или тяжелой степени, гастритом с метаплазией или дисплазией, аутоиммунным атрофическим гастритом и особыми формами гастрита относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового (врача общей практики) постоянно;

3.14. объем и частота обследования при диспансерном наблюдении составляют:

3.14.1. при хроническом хеликобактерном атрофическом гастрите умеренной или тяжелой степени без дисплазии; легкой степени с метаплазией (OLGA II-IV):

1 раз в год: медицинский осмотр;

1 раз в 3 года: биохимическое исследование крови (железо, ферритин), ЭГДС с биопсией для стадирования по OLGA; по показаниям: УЗИ ОБП, R-скопия желудка с бариевой взвесью;

3.14.2. при хроническом хеликобактерном атрофическом гастрите с дисплазией, аутоиммунном атрофическом гастрите проводится:

1 раз в год: медицинский осмотр, биохимическое исследование крови (железо, ферритин);

ЭГДС с биопсией для стадирования по OLGA: 1 раз в 3 года □ при аутоиммунном атрофическом гастрите; 2 раза в год □ при легкой (умеренной) дисплазии. В случае выявления тяжелой дисплазии (по результатам исследования биопсийного материала) проводится повторная ЭГДС с последующей врачебной консультацией врача-онколога;

по показаниям: врачебная консультация гематолога.

при реинфекции Нр – проведение эрадикационной терапии с последующим контролем эффективности эрадикации: повторная ЭГДС с биопсией из тела и антрального отдела желудка или 13С-углеродный дыхательный тест на Нр, или анализ кала на антигены Нр через 4-8 недель после окончания лечения. При персистенции Нр инфекции – врачебная консультация врача-гастроэнтеролога;

3.15. критериями эффективности лечения и диспансерного наблюдения пациента являются: исчезновение инфекции Нр, уменьшение воспалительных изменений слизистой оболочки желудка, отсутствие прогрессирования атрофии, метаплазии и дисплазии, отсутствие анемии при аутоиммунном атрофическом гастрите.

4. Функциональная диспепсия:

4.1. согласно МКБ-10 функциональная диспепсия классифицируется как:

K30 диспепсия;

4.2. используются следующие определения диспепсии:

диспепсия – боль или дискомфорт (чувство тяжести, переполнения, неопределенное неприятное ощущение) в верхней части живота, преимущественно по срединной линии. Иногда может присутствовать также чувство тошноты;

органическая диспепсия – наличие проявлений диспепсии, обусловленных органическими заболеваниями (гастродуоденальная язва или эрозии, рак желудка, острый гастрит от воздействия инфекционного возбудителя или как следствие токсического поражения, панкреатит, гепатит, цирроз печени);

функциональная диспепсия – наличие диспепсического синдрома в отсутствие органических заболеваний и метаболических или системных нарушений, которые могут объяснять имеющиеся симптомы. Функциональная диспепсия рассматривается как самостоятельная нозологическая единица, если проявления удовлетворяют критериям, приведенным ниже. Метаболические нарушения, приводящие к развитию диспепсии, – это, прежде всего, тяжелый сахарный диабет с диабетической полинейропатией и гастропарезом. Системные нарушения с проявлениями диспепсии возможны, например, при хронической почечной недостаточности, гипотиреозе или системном склерозе (системной склеродермии);

Нр-ассоциированная диспепсия – наличие проявлений диспепсии, которые ассоциированы с инфекцией Нр;

необследованная диспепсия – наличие проявлений диспепсии у необследованного пациента, когда не представляется возможным определить, имеет ли она органический, метаболический или функциональный характер;

4.3. клиническими критериями функциональной диспепсии являются:

один или несколько симптомов: боль, жжение или неприятные ощущения в эпигастрии, быстрая насыщаемость, чувство полноты после еды, вздутие в верхней части живота, тошнота, отрыжка;
 объективно состояние удовлетворительное;
 имеется соответствие Римским-3 критериям вариантов функциональной диспепсии – постпрандиального дистресс-синдрома или эпигастрального болевого синдрома;
 4.4. диагностика функциональной диспепсии проводится согласно таблице 5;

Таблица 5

Обязательная	Дополнительная ¹	Примечание
Длина тела, масса тела, ИМТ. ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, ХС, мочевины, креатинин. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Определение Нр (до начала лечения): гистологически или быстрый уреазный тест, или дыхательный ¹³ С-тест, или определение антигенов Нр в кале, или определение антител к Нр в сыворотке крови.	ЭГДС с биопсией (при наличии симптомов тревоги; пациентам в возрасте старше 40 лет, если не проводилась в последние 5 лет; при отсутствии возможности диагностировать Нр-инфекцию другими методами; при отсутствии эффекта от лечения) Рентгеноконтрастное исследование желудка, релаксационная рентгеноконтрастная дуоденография (при подозрении на гастростаз, дуоденостаз). Суточная рН-метрия желудка (при отсутствии эффекта от стандартной терапии). Врачебная консультация врача-психотерапевта (при неэффективности стандартной терапии).	Определение антител к Нр в сыворотке крови используется только в случае имевшего место за последние 2 недели приема любых антибактериальных лекарственных средств или ингибиторов протонной помпы или при тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка; определение антител не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе). Контроль эффективности эрадикационной терапии: через 4-6 недель после окончания лечения - дыхательный ¹³ С-тест на Нр или определение антигенов Нр в кале или ЭГДС с биопсией из тела (2 биоптата) и антрального отдела (1-2 биоптата) желудка с гистологией на Нр.

4.5. диагноз функциональной диспепсии основывается на соответствии следующим критериям:

4.5.1. наличие синдрома диспепсии в соответствии с перечисленными ниже проявлениями, которые наблюдаются у пациента не менее 3-х последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой:

4.5.1.1. критерии постпрандиального дистресс-синдрома (один или оба критерия из нижеследующих):

беспокоящее чувство полноты после еды, возникающее после приема обычного объема пищи, по крайней мере, несколько раз в неделю;

быстрая насыщаемость (сытость), в связи с чем невозможно съесть обычную пищу до конца, по меньшей мере, несколько раз в неделю;

дополнительные критерии: вздутие в верхней части живота или тошнота после еды или чрезмерная отрыжка; возможен сопутствующий эпигастральный болевой синдром;

4.5.1.2. критерии эпигастрального болевого синдрома (все признаки из нижеследующих):

боль или жжение, локализованные в эпигастрии, как минимум умеренной интенсивности, с частотой не менее одного раза в неделю;

боль периодическая;

нет генерализованной боли или боли, локализуемой в других отделах живота или грудной клетки;

нет улучшения после дефекации или отхождения газов;

нет соответствия критериям расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди;

дополнительные критерии: боль может быть жгучей, но без ретростерального компонента; боль обычно появляется или, наоборот, уменьшается после приема пищи, но может возникать и натощак; может наблюдаться сопутствующий постпрандиальный дистресс-синдром;

4.5.2. отсутствие симптомов тревоги;

4.5.3. отсутствие системных или метаболических заболеваний, которые могут вызвать диспепсические симптомы (сахарный диабет, ХПН, гипотиреоз и другое);

4.5.4. отсутствие эрозивно-язвенных, опухолевых и других органических изменений органов пищеварения, которые могут вызвать диспепсические симптомы;

4.5.5. сохранение или рецидивирование симптомов диспепсии, несмотря на успешную эрадикационную терапию;

4.6. при постановке диагноза функциональной диспепсии используется следующая классификация:

постпрандиальный дистресс-синдром;

эпигастральный болевой синдром;

смешанный вариант функциональной диспепсии;

4.7. формулировка диагноза функциональной диспепсии включает*:

4.7.1. до проведения обследования: термин «необследованная диспепсия»;

4.7.2. После проведения обследования:

вариант диспепсии;

степень тяжести проявлений оценивается врачом-гастроэнтерологом согласно таблице 5 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу;

* Примеры:

1. Диспепсия необследованная.

2. Функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс-синдром, средней степени тяжести.

3. Нр-ассоциированная диспепсия, средней степени тяжести. (Данная формулировка используется, если диагностика Нр-инфекции проводилась не гистологически)

4. Диспепсия средней степени тяжести, Нр-ассоциированная. Хронический хеликобактерный антральный гастрит (Нр 3+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия -, 21.03.2012). (Данная формулировка применяется, если гистологическое исследование слизистой оболочки желудка выполнялось)

5. Нр-инфекция. (Данная формулировка используется, если у пациента без жалоб установлено наличие Нр-инфекции методами, отличными от гистологического).

4.8. целью лечения функциональной диспепсии является: купирование (уменьшение) проявлений диспепсического синдрома;

4.9. показания для госпитализации пациента с функциональной диспепсией отсутствуют. В отдельных случаях для проведения сложных диагностических исследований, решения экспертных вопросов допускается госпитализация пациента в гастроэнтерологическое отделение ГОЗ, ООЗ;

4.10. лечение пациента с функциональной диспепсией включает:

4.10.1. рациональную психотерапию;

4.10.2. отказ от алкоголя, курения, ограничение применения гастротоксических лекарственных средств (НПВС и другие ЛС, имеющие в качестве побочных эффектов эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной слизистой оболочки или симптомы диспепсии), нормализацию режима питания;

4.10.3. медикаментозную терапию:

4.10.3.1. ИПП в стандартной дозе (стандартная доза определяется согласно таблице 11 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу) 1 раз в день утром натощак за 30-60 мин до еды – до 4 нед или H2-блокаторы (фамотидин) 20 мг 2 раза в день (утром и вечером) 2-4 недели;

4.10.3.2. при редких проявлениях легкой степени тяжести (1-2 раза в неделю) - невсасывающиеся антациды в стандартных дозах короткими курсами по несколько дней или в режиме «по требованию» во время болей;

4.10.3.3. при наличии инфекции Hр – эрадикационная терапия (проводится согласно пункту 3.11.2. настоящего приложения);

4.10.3.4. при постпрандиальных симптомах назначаются прокинетики: домперидон 10 мг 3 раза/сут 1-2 недели;

4.11. контроль эффективности лечения осуществляется клинически по купированию жалоб. Если проводилась эрадикационная терапия, осуществляется ее контроль: через 4-8 недель после окончания лечения – 13С-дыхательный тест на Hр или определение антигенов Hр в кале, или ЭГДС с биопсией из тела (2 биоптата) и антрального отдела (1-2 биоптата) желудка и гистологией на Hр;

4.12. пациенты с функциональной диспепсией относятся к группе диспансерного наблюдения Д(II).

Примечание: Исследования, указанные в столбце «Дополнительная диагностика» выполняются в тех случаях, когда после выполнения обязательных исследований нозологический диагноз остается неясным. Объем и последовательность проведения дополнительных исследований для каждого пациента определяется лечащим врачом с учетом клинической значимости симптомов, тяжести состояния пациента, медицинских показаний и противопоказаний, диагностической значимости исследований и их доступности.