

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
11 ноября 2025 г. № 185

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями кишечника» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями печени» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы» (прилагается).

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 54 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный комитет
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство
по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
11.11.2025 № 185

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (шифры по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – К20 Эзофагит, К21 Гастроэзофагеальный рефлюкс, К22.2 Непроходимость пищевода, К25 Язва желудка, К26 Язва двенадцатиперстной кишки, К27 Пептическая язва неуточненной локализации, К28 Гастроэюнальная язва, К29 Гастрит и дуоденит, К30 Функциональная диспепсия, К91.1 Синдромы оперированного желудка, К91.2 Нарушение всасывания после хирургического вмешательства, не классифицированное в других рубриках, Y40 Антибиотики системного действия, Y41 Другие противомикробные препараты системного действия, Y42 Гормоны и их синтетические заменители и антагонисты, не классифицированные в других рубриках, Y43 препараты преимущественно системного действия, Y44 Препараты, влияющие преимущественно на компоненты крови, Y45 Анальгетики, жаропонижающие и противовоспалительные средства).

2. Диагностика заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки установлена согласно приложению 1.

3. Фармакотерапия назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии и клинико-фармакологической характеристики лекарственных препаратов (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям и в режиме дозирования в соответствии с общей характеристикой ЛП и инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не указанным в инструкции по медицинскому применению (листочке-вкладыше), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

По решению врачебного консилиума объем лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

4. Гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (далее – ГЭРБ) является состояние, при котором рефлюкс желудочного содержимого вызывает беспокоящие пациента симптомы и (или) осложнения.

5. К осложнениям ГЭРБ относятся:

рефлюкс-эзофагит;

язвенные кровотечения;

пенетрации;

постязвенные стриктуры;

пищевод Барретта (замещение многослойного плоского эпителия цилиндрическим эпителием желудочного или кишечного типа);

аденокарцинома пищевода.

6. Выделяются следующие классификации ГЭРБ:

6.1. классификация клинических форм ГЭРБ:

неэрозивная ГЭРБ;

эрозивная ГЭРБ;

пищевод Барретта;

6.2. классификация пищевода Барретта:

по типу метаплазии: пищевод Барретта с желудочной метаплазией; пищевод Барретта с кишечной метаплазией;

по протяженности: короткий сегмент (длина участка метаплазии менее 3 см); длинный сегмент (длина участка метаплазии 3 см и более).

7. 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 – вид метаплазии, степень дисплазии).

Примеры формулировки диагноза:

«Неэрозивная ГЭРБ, средней степени тяжести, обострение»;

«Эрозивная ГЭРБ с эзофагитом степени А»;

«ГЭРБ: пищевод Барретта с желудочной метаплазией С2М4, с симптомами средней степени тяжести»;

«Эрозивная ГЭРБ с эзофагитом степени D, осложненным кровотечением»;

«Сочетание неэрозивной ГЭРБ с функциональной изжогой, с симптомами средней степени тяжести, обострение».

8. Клиническими критериями ГЭРБ являются:

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

атипичные симптомы: икота; жжение и боли в языке; дисфония; неприятный запах изо рта; хронический кашель; спонтанное ночное апноэ; ночные приступы бронхоспазма; упорный хронический ларингит; боли в спине; повреждения зубов (эрозирование за счет срыгивания кислого желудочного содержимого).

9. Диагностическим критерием ГЭРБ является наличие одного из следующих клинических признаков или их сочетание:

изжога или кислая регургитация в течение 6 и более месяцев с частотой 2 раза в неделю и более;

наличие критериев рефлюкс-эзофагита (диагностируется эндоскопически по наличию повреждений (гиперемия в виде полос, эрозии, язвы) слизистой оболочки дистального отдела пищевода;

наличие критериев ГЭРБ по результатам суточной внутрипищеводной рН-метрии (импедансометрии);

критерии пищевода Барретта;

загрудинная боль или внепищеводные клинические признаки, если доказана их связь с рефлюксом (по данным терапевтического теста с ингибитором протонной помпы (далее – ИПП) согласно приложению 2).

10. Медицинскими показаниями для проведения суточной внутрипищеводной рН-метрии (импедансометрии) являются:

внепищеводные клинические признаки ГЭРБ: боль в грудной клетке, не связанная с заболеванием сердечно-сосудистой системы; хронический кашель; бронхиальная астма; хронический фарингит; ларингит; выраженная отрыжка;

характерные клинические признаки ГЭРБ при отсутствии эндоскопических изменений в пищеводе;

рефрактерная форма ГЭРБ: сохранение типичных симптомов и (или) отсутствие заживления эрозий на фоне полного курса терапии ИПП в стандартной дозе в течение 4–8 недель;

планируемое хирургическое вмешательство по лечению ГЭРБ и контроль его эффективности при сохраняющихся симптомах заболевания;

подбор ЛП и контроль эффективности фармакотерапии.

11. Оценка результатов суточной внутрипищеводной рН-метрии (импедансометрии) осуществляется с помощью следующих критериев оценки взаимосвязи симптома с рефлюксом:

индекс симптома (далее – ИС) – связь симптома с рефлюксом установлена, если ИС ≥ 50 %;

вероятность ассоциации симптома (далее – ВАС) – связь между рефлюксами и симптомом установлена, если ВАС ≥ 95 %.

Критериями наличия ГЭРБ являются:

процент времени с рН в пищеводе менее 4,0 за период обследования выше 6 %;

общее число рефлюксов за суточный период более 40;

количество рефлюксов продолжительностью более 5 минут свыше 3,5;

длительность наиболее продолжительного рефлюкса более 19 минут;

обобщенный показатель DeMeester более 14,72.

12. Диагностическими критериями пищевода Барретта является наличие:

12.1. эндоскопической картины, подозрительной на метаплазию в пищеводе (обязательно выполнение биопсии из пищевода);

12.2. цилиндрического эпителия в биоптатах слизистой оболочки пищевода, взятых на 1 см и выше от проксимального края желудочных складок либо дистального края палисадных сосудов при гистологическом исследовании. При этом устанавливается один из следующих диагнозов:

пищевод Барретта с желудочной метаплазией (при выявлении эпителия желудочного типа);

пищевод Барретта с кишечной метаплазией (при выявлении эпителия кишечного типа).

13. Пациенты с пищеводом Барретта с кишечной метаплазией или дисплазией относятся к группе риска по раку пищевода.

Факторами риска развития пищевода Барретта являются:

мужской пол;

возраст старше 40 лет;

абдоминальное ожирение;

анамнез ГЭРБ более 5 лет;

курение (в том числе в анамнезе);

отягощенный наследственный анамнез по пищеводу Барретта или аденокарциноме пищевода.

14. Для оценки степени тяжести ГЭРБ используются следующие критерии:

14.1. клинические критерии: легкая (изжога менее 2 раз в неделю); средняя (изжога 2 раза в неделю и более, но не ежедневно); тяжелая (изжога ежедневно);

14.2. эндоскопические критерии степени тяжести эзофагита (в соответствии с Лос-Анджелесской классификацией эзофагита, 1994 г.):

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

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

степень С – одно или несколько повреждений 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;

14.3. эндоскопические критерии степени тяжести пищевода Барретта по его распространенности (в соответствии с Пражской градационной системой C&M), при этом в диагнозе указывается индекс C_{ХМ}Y, (например, C₂M₄) где:

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

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

14.4. гистологические критерии: в случае пищевода Барретта оценивается наличие дисплазии и ее степень.

15. Заболеваниями, сочетающимися с ГЭРБ, являются:

15.1. функциональная изжога. Определяется как ретростернальное жжение или боль, минимум в течение 6 месяцев с наибольшей выраженностью в последние 3 месяца, с частотой минимум 2 раза в неделю, рефрактерное к стандартной антисекреторной терапии (удвоенная по сравнению со стандартной дозой, принимаемая ежедневно, до первого приема пищи) при отсутствии патологических изменений слизистой оболочки пищевода (в том числе эозинофильного эзофагита (далее – ЭоЭ), признаков ГЭРБ и значимых расстройств пищеводной моторики.

Основное отличие от ГЭРБ – отсутствие связи имеющихся жалоб с эпизодами кислого и некислого гастроэзофагеального рефлюкса по данным суточной внутрипищеводной рН-метрии (импедансометрии) (отсутствие «закисления» пищевода, отрицательные показатели ИС и ВАС).

При сохранении типичных симптомов у пациентов с ранее доказанной ГЭРБ по данным эндоскопического исследования рекомендуется проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии (импедансометрии) на фоне терапии ИПП. Пациенты с нормальными показателями экспозиции соляной кислоты в пищеводе и отсутствием связи изжоги с рефлюксами (показатели ИС и ВАС отрицательные) по результату рН-мониторинга расцениваются как имеющие одновременно ГЭРБ и функциональную изжогу (перекрест или «overlap-синдром»);

15.2. гиперчувствительный пищевод. Определяется как комплекс эзофагеальных симптомов (изжога, боль за грудиной), возникающих в ответ на физиологические кислые или не кислые гастроэзофагеальные рефлюксы при нормальной эндоскопической картине пищевода минимум в течение 6 месяцев с наибольшей выраженностью в последние 3 месяца, с частотой минимум 2 раза в неделю. Основной метод диагностики – проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии (импедансометрии) без приема ИПП, доказывающий связь симптомов с кислыми или не кислыми гастроэзофагеальными рефлюксами при нормальной суточной экспозиции соляной кислоты в пищеводе (показатели ИС и ВАС положительные, ацидификация пищевода отсутствует).

Пациенты, имеющие жалобы на изжогу с ранее доказанной ГЭРБ по данным эндоскопического исследования и наличием связи изжоги с рефлюксами, установленной

по результату суточной внутрипищеводной рН-метрии (импедансометрии) (показатели ИС и ВАС положительные) на фоне приема ИПП расцениваются как имеющие одновременно ГЭРБ и гиперчувствительный (гиперсенситивный) пищевод (перекрест или «overlap-синдром»);

15.3. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (далее – ГПОД) (повышает вероятность ГЭРБ). Для ГПОД характерны боль, появляющаяся сразу после еды, особенно обильной, в положении лежа, и прекращение боли при переходе из горизонтального положения в вертикальное, может протекать бессимптомно. Наличие ГПОД подтверждается полипозиционным рентгенологическим исследованием;

15.4. ЭоЭ.

16. Целями лечения ГЭРБ являются:

купирование (уменьшение) симптомов;

репарация эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки пищевода;

предотвращение прогрессирования метаплазии и появления дисплазии при пищевом Барретта;

предотвращение рецидивов (обострений) и осложнений.

17. Медицинскими показаниями для госпитализации пациентов с ГЭРБ являются:

эзофагит с осложнением (кровотечение, пенетрация, стеноз) (госпитализация пациента осуществляется в хирургическое отделение организации здравоохранения районного уровня (далее – РОЗ), организации здравоохранения городского уровня (далее – ГОЗ), организации здравоохранения областного уровня (далее – ООЗ);

ГЭРБ (в том числе пищевод Барретта) с резистентным к лечению течением и необходимостью уточнения диагноза (госпитализация пациента осуществляется в гастроэнтерологическое отделение ГОЗ или ООЗ).

18. Лечение пациента с ГЭРБ включает:

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

фармакотерапию.

19. Лечение ГЭРБ без эзофагита включает:

19.1. индукционную терапию: при редких (не чаще 2 раз в неделю) симптомах назначаются антациды (предпочтительно суспензия или жевательные таблетки, содержащие в составе натрия альгинат, 2–4 раза в сутки или суспензия или жевательные таблетки, содержащие гидроокись алюминия и магния, или суспензия алюминия фосфата); H₂-блокаторы (фамотидин (таблетки 20 мг) 20–40 мг в сутки) внутрь в режиме «по требованию».

При частых (более двух раз в неделю) симптомах назначаются стандартные дозы ИПП согласно приложению 3 внутрь 1 раз в сутки утром за 30–60 минут до еды 4 недели. При недостаточном эффекте назначается двойная доза.

Дополнительно при необходимости назначаются антациды (предпочтительно невсасывающиеся, в том числе альгинатсодержащие) в режиме «по требованию».

При неэрозивной ГЭРБ с внепищеводными симптомами (хронический кашель, бронхоспазм, осиплость голоса) назначаются ИПП в двойной дозе 12 недель.

Дополнительно при наличии клинически выраженной диспепсии возможно добавление к ИПП одного из следующих прокинетиков:

домперидон (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг) 10 мг 3 раза в сутки внутрь до 1 недели;

итоприд (таблетки 50 мг) 50 мг 2–3 раза в сутки внутрь до 4 недель;

тримебутин (таблетки 100 мг, 300 мг) внутрь 100–300 мг 2–3 раза в сутки до 4 недель;

19.2. поддерживающую терапию: терапия «по требованию» – при появлении клинических признаков назначается однократный прием антацида или H₂-блокатора, или ИПП в стандартной дозе, или непрерывная поддерживающая терапия в виде ежедневного приема половинной от стандартной дозы ИПП.

20. Лечение ГЭРБ с эзофагитом степени А – В включает:

индукционную терапию: ИПП в двойной дозе (стандартная доза 2 раза в сутки или двойная доза утром) 4 недели, затем в стандартной дозе еще 4 недели. При отсутствии

эффекта назначается двойная доза. Дополнительно при необходимости назначаются антациды в режиме «по требованию» или прокинетики, указанные в части пятой подпункта 19.1 пункта 19 настоящего клинического протокола, в стандартных дозах;

поддерживающую терапию: ИПП назначаются в стандартной дозе в режиме «по требованию», при неэффективности (рецидивы эзофагита) назначается непрерывная терапия половинной от стандартной дозы или стандартной дозой ИПП. Минимальная длительность непрерывной терапии – 6 месяцев. При необходимости постоянного многолетнего применения ИПП перед началом лечения оценивается наличие *Helicobacter pylori* инфекции (далее – Нр-инфекция), при ее наличии проводится эрадикационная терапия.

21. Лечение ГЭРБ с эзофагитом степени С-D включает:

индукционную терапию: ИПП назначаются в двойной дозе (стандартная доза 2 раза в сутки или двойная доза утром) 8–12 недель. При недостаточном эффекте назначается двойная доза. При необходимости дополнительно назначаются антациды (предпочтительно суспензия или жевательные таблетки, содержащие гидроокись алюминия и магния, или суспензия алюминия фосфата), в том числе альгинатсодержащие ЛП (суспензия или жевательные таблетки, содержащие в составе натрия альгинат) в режиме «по требованию»;

поддерживающую терапию: непрерывный прием ИПП в стандартной или половинной от стандартной дозы (назначается доза, обеспечивающая отсутствие изжоги). Минимальная длительность непрерывной терапии – 6 месяцев. Перед началом профилактического лечения оценивается наличие Нр-инфекции, при ее наличии проводится эрадикационная терапия.

22. Лечение пищевода Барретта включает:

назначение ИПП в двойной дозе постоянно в случае отсутствия дисплазии;

назначение ИПП в двойной дозе на 2 месяца при наличии дисплазии с повторным выполнением биопсии для оценкой наличия и степени дисплазии (дисплазия на фоне воспаления рассматривается как неопределенная до купирования признаков воспаления);

выполнение эндоскопической резекции, диссекции в подслизистом слое с последующей абляцией оставшегося цилиндрического эпителия пищевода Барретта при обнаружении видимых участков низкой степени дисплазии слизистой оболочки;

применение эндоскопических абляционных методик для всего цилиндрического эпителия (радиочастотная абляция, лазерная деструкция, аргоноплазменная коагуляция, гибридная аргоноплазменная коагуляция, криоабляция) при выявлении невидимых участков дисплазии низкой степени;

консультацию врача-онколога (врача – онколога-хирурга) с решением вопроса о хирургическом вмешательстве при определенной тяжелой дисплазии.

23. Контроль эффективности лечения ГЭРБ осуществляется следующим образом:

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

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.

24. Медицинское наблюдение пациентов с ГЭРБ в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

Медицинское наблюдение пациентов с осложненной ГЭРБ в амбулаторных условиях осуществляют врач-гастроэнтеролог, врач – терапевт участковый (врач общей практики) постоянно.

Диагностические исследования и кратность медицинского наблюдения врачей-специалистов при ГЭРБ с эзофагитом С-D:

1 раз в год: медицинский осмотр с определением индекса массы тела (далее – ИМТ), общий анализ крови (далее – ОАК), биохимическое исследование крови (далее – БИК) (билирубин, аспартатаминотрансфераза (далее – АсАТ), аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), железо), эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭГДС);

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

Диагностические исследования и кратность медицинского наблюдения врачей-специалистов при пищеводе Барретта:

1 раз в год: медицинский осмотр с определением ИМТ, БИК (включая железо), анализ кала на скрытую кровь, ЭГДС (при пищеводе Барретта с дисплазией ЭГДС проводится через 3–6 месяцев после эндоскопической (резекция, абляция) терапии). Рекомендована эндоскопия высокоразрешающая (хромоскопия) при подозрении на пищевод Барретта. Увеличение частоты выполнения ЭГДС определяется индивидуально врачом-гастроэнтерологом с учетом характера течения заболевания;

по медицинским показаниям: рентгеноскопия пищевода; консультация врача-онколога.

25. Критериями эффективности лечения и медицинского наблюдения ГЭРБ в амбулаторных условиях являются отсутствие клинических и эндоскопических признаков, ранее выявление осложнений.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭоЭ

26. ЭоЭ – хроническое иммуно-опосредованное заболевание пищевода, характеризующееся выраженным эозинофильным воспалением слизистой оболочки пищевода, клиническими признаками эзофагеальной дисфункции.

К осложнениям ЭоЭ относятся:

эпизоды вклинивания пищи в пищевод;

формирование стриктуры пищевода;

формирование «узкого пищевода»;

перфорация пищевода;

рак пищевода.

27. Критериями ЭоЭ являются:

27.1. клинические:

дисфагия при приеме твердой пищи;

боль в грудной клетке, не связанная с глотанием;

эпизоды вклинивания пищи в пищевод (эпизоды острой обтурационной дисфагии);

застревание пищи в пищеводе;

упорная изжога;

27.2. эндоскопические признаки:

воспаления слизистой оболочки пищевода (отек, борозды, экссудат);

формирования подслизистого фиброза (кольца, стриктуры);

27.3. гистологические: не менее 15 эозинофилов в поле зрения (x400) (или 60 эозинофилов на 1 мм²).

Диагноз ЭоЭ устанавливается на основании комбинации клинических, эндоскопических и гистологических критериев.

28. Факторами риска развития ЭоЭ являются:

мужской пол;

наличие заболеваний атопической природы в анамнезе (бронхиальная астма, аллергический ринит, экзема, иммуноглобулин-Е-опосредованная пищевая аллергия и иные).

29. Для оценки степени тяжести ЭоЭ используются следующие критерии:

оценка степени активности ЭоЭ осуществляется по шкале активности ЭоЭ согласно приложению 4;

эндоскопически степень тяжести ЭоЭ оценивается по шкале EREFS согласно приложению 5.

30. Формулировка диагноза ЭоЭ включает:
нозологию, клиническую форму заболевания;
степень тяжести (активности), в том числе эндоскопической, по шкале EREFS;
осложнения ЭоЭ с указанием даты последнего эндоскопического обнаружения стриктуры, сужения пищевода.

Примеры формулировки диагноза:

«ЭоЭ, E₀R₁E₀F₁S₀, неактивный»;

«ЭоЭ, средней степени активности E₀R₁E₂F₂S₀»;

«ЭоЭ, высокой степени активности, осложненный стриктурой пищевода E₂R₀E₁F₁S₁»;

«ЭоЭ, высокой степени активности, с эпизодами вклинивания пищи в пищевод E₂R₀E₁F₁S₀».

31. Заболеваниями, сочетающимися с ЭоЭ, являются:

ГЭРБ (для подтверждения ГЭРБ рекомендуется проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии (импедансометрии), подтверждающей ацидификацию (закисление) внутрипищеводной среды и патологические гастроэзофагеальные рефлюксы, не свойственные для ЭоЭ);

целиакия. При наличии у пациента с целиакией жалоб на дисфагию, дискомфорт по ходу пищевода или изжогу необходимо исключить ЭоЭ.

32. Медицинскими показаниями для госпитализации пациентов с ЭоЭ являются:

прогрессирование дисфагии (госпитализация пациента осуществляется в гастроэнтерологическое или хирургическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

развитие осложнений: стриктуры, сужение пищевода; острая обтурационная дисфагия (эпизод вклинивания пищи в пищевод) (госпитализация пациента осуществляется в хирургическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ).

33. Целями лечения ЭоЭ являются:

достижение клинической ремиссии (купирование дисфагии);

достижение гистологической ремиссии;

предотвращение осложнений;

повышение качества жизни;

медицинская профилактика рецидивирования.

34. Лечение пациента с ЭоЭ включает:

комплекс мероприятий по немедикаментозной терапии (индивидуальная элиминационная диета (исключение продуктов питания, вызывающих аллергическую реакцию у конкретного пациента), модификация образа жизни);

фармакотерапию.

35. Пациенту с ЭоЭ назначаются:

индукционная терапия: ИПП в стандартной дозе 1–2 раза в сутки в течение 8–12 недель с постепенным снижением дозы ЛП до достижения минимально эффективной;

поддерживающая терапия минимально эффективной дозой ИПП при достижении клинической и гистологической ремиссии 12 месяцев и более.

36. Пациентам, не достигшим клинической и гистологической ремиссии на фоне приема ИПП, показаны следующие топические стероиды:

индукционная терапия: флутиказон (аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза 60 доз, 120 доз, аэрозоль для ингаляций дозированный 125 мкг/доза 60 доз, 120 доз аэрозоль для ингаляций дозированный 250 мкг/доза 60 доз, 120 доз) по 250–375 мкг 4 раза в сутки внутрь до 1500 мкг в сутки или будесонид (суспензия 0,25 мг/мл 2 мл) внутрь 1–2 мг 2 раза в сутки в течение 12 недель;

поддерживающая терапия: флутиказон (аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза 60 доз, 120 доз, аэрозоль для ингаляций дозированный 125 мкг/доза 60 доз, 120 доз аэрозоль для ингаляций дозированный 250 мкг/доза 60 доз, 120 доз) по 250–375 мкг 4 раза в сутки внутрь до 500–1500 мкг в сутки или будесонид (суспензия 0,25 мг/мл 2 мл) внутрь 1–2 мг в сутки. Длительность поддерживающей терапии – 1 год и более.

37. При развитии осложнений (стриктуры, сужение пищевода) эндоскопическая баллонная дилатация или бужирование пищевода проводится после снижения активности воспалительного процесса, подтвержденного гистологически.

38. Эффективность индукционной терапии ЭоЭ контролируется по исчезновению симптомов через 8–12 недель от начала лечения путем проведения ЭГДС с биопсией пищевода на фоне продолжающейся терапии и (или) соблюдении диеты.

39. Медицинское наблюдение пациентов с ЭоЭ в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

Медицинское наблюдение пациентов с ЭоЭ в амбулаторных условиях осуществляют врач-гастроэнтеролог, врач-терапевт участковый (врач общей практики) постоянно.

Диагностические исследования и кратность медицинского наблюдения врачей-специалистов при ЭоЭ:

1 раз в год: медицинский осмотр с определением ИМТ, ОАК, БИК (билирубин, АсАТ, АлАТ, железо, ферритин);

по медицинским показаниям: ЭГДС с множественной биопсией пищевода; рентгеноскопия пищевода с барием, консультация врача-хирурга.

40. Критериями эффективности лечения и медицинского наблюдения пациента при ЭоЭ в амбулаторных условиях являются клиническая, эндоскопическая и гистологическая ремиссия, раннее выявление осложнений.

ГЛАВА 4 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

41. Гастродуоденальной язвой является углубленный локализованный дефект, проникающий глубже мышечной пластинки слизистой оболочки.

Гастродуоденальной эрозией является дефект, не проникающий глубже мышечной пластинки слизистой оболочки.

Стрессовыми язвами желудка, двенадцатиперстной кишки являются острые повреждения слизистой оболочки, возникающие у пациентов в критическом состоянии, которые могут привести к острому кровотечению из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) (как правило, неглубокий дефект слизистой, чаще в фундальном отделе желудка).

К осложнениям гастродуоденальных язв относятся:

кровотечение;

пенетрация;

перфорация;

перигастрит, перидуоденит;

пилородуоденальный стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный);

малигнизация.

42. Выделяются следующие классификации гастродуоденальных язв:

42.1. 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);

42.2. 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 нестероидных противовоспалительных ЛП (далее – НПВП), ацетилсалициловой кислоты (далее – АСК), глюкокортикостероидов (далее – ГКС);

- хроническая (язва, ассоциированная с Нр-инфекцией; НПВП-ассоциированная язва; язва, ассоциированная с другими (редкими) причинами);
неуточненная как острая или хроническая.
43. Формулировка диагноза гастродуоденальной язвы включает:
указание на острый или хронический характер язвы;
локализацию, размеры язвы у пациента;
наличие Нр-инфекции (если проводилась эрадикация, указать ее дату), иные этиологические факторы (НПВП, ГКС, 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 постязвенных деформаций (рубцово-язвенная деформация желудка, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки);
осложнения.
- Примеры формулировки диагноза:
«Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки (передняя стенка, 8 x 6 мм), Нр-инфекция+, фаза обострения, среднетяжелое течение, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, компенсированный пилородуоденальный стеноз»;
«Хроническая язва желудка (9 x 7 мм) с локализацией на задней стенке антрального отдела, впервые выявленная. Нр +. Язвенное кровотечение, Forrest 2b»;
«Острые язвы желудка множественные (три – 2 x 3 мм, 5 x 4 мм и 4 x 5 мм), ассоциированные с приемом НПВС (диклофенак), Нр –»;
«Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки в фазе рубца, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, Нр – (перфорация с ушиванием в 2008 г., эрадикационная терапия 1 линии в 2023 г.)»;
«Хронические язвы сочетанной локализации: язва желудка (передняя стенка, 3 мм), язва луковицы двенадцатиперстной кишки в фазе рубца, Нр+, фаза обострения».
44. Клиническими критериями гастродуоденальных язв являются:
боль в верхней части живота. Болевой синдром может иметь различную степень выраженности и связь с приемом пищи;
наличие других диспепсических жалоб: дискомфорт в эпигастрии; отрыжка; изжога; снижение аппетита или обостренное чувство голода; тошнота; рвота;
возможно малосимптомное, малоболевое или безболевого течение заболевания.
45. Диагностическими критериями гастродуоденальных язв являются:
язва (эрозия) желудка или двенадцатиперстной кишки при ЭГДС;
отсутствие гистологических признаков злокачественного роста в материале, взятом из краев язвы (при язве желудка).
46. Выделяются следующие критерии оценки степени тяжести гастродуоденальной язвы:
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.
47. Целями лечения гастродуоденальных язв являются:
купирование (уменьшение) болевого синдрома;
достижение репарации язвы;
при язвах с Нр-инфекцией – достижение эрадикации Нр-инфекции;
медицинская профилактика последующих рецидивов, осложнений гастродуоденальных язв.

48. Медицинскими показаниями для госпитализации пациента с гастродуоденальной язвой являются:

язва больших размеров (2 см и более в желудке или 1 см и более в двенадцатиперстной кишке) (госпитализация осуществляется в терапевтическое или гастроэнтерологическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

язва с осложнениями в анамнезе или с угрозой развития осложнений (госпитализация осуществляется в терапевтическое, хирургическое или гастроэнтерологическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

тяжелое течение язвы 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) (госпитализация осуществляется в гастроэнтерологическое отделение ГОЗ или ООЗ).

49. При язвах, ассоциированных с Нр-инфекцией, проводится эрадикационная терапия Нр-инфекции в соответствии с основными эрадикационными протоколами согласно приложению 6, с последующим контролем ее эффективности в соответствии с пунктом 54 настоящего клинического протокола.

Эрадикационная терапия может быть назначена пациенту эмпирически до получения результатов теста на Нр-инфекцию в случае, когда соблюдаются следующие условия:

язва локализуется в луковице двенадцатиперстной кишки;

ранее эрадикационная терапия пациенту не проводилась;

пациент не принимал НПВП.

50. Для репарации язвы пациенту проводится антисекреторная терапия: назначаются стандартные дозы ИПП согласно приложению 3 внутрь 1 раз в день утром натощак за 30–60 минут до еды.

При стрессовых язвах (в отделениях анестезиологии и реанимации), язвенном кровотечении или при необходимости быстро снизить кислотопродукцию назначается парентеральное введение одного из следующих ИПП:

омепразол (порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг) в дозе 40–120 мг в сутки;

пантопразол (порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг) в дозе 40–80 мг в сутки, при язвенном кровотечении в дозе 160 мг в сутки;

эзомепразол (порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг) в дозе 20–40 мг в сутки, при язвенном кровотечении в виде внутривенной инъекции или инфузии в дозе 40–80 мг в сутки или в дозе 80 мг в виде внутривенной инфузии в течение 30 минут с последующей непрерывной инфузией в дозе 8 мг в час продолжительностью 3 суток.

Далее осуществляется перевод на пероральный прием ИПП.

51. Продолжительность парентеральной антисекреторной терапии соответствует времени невозможности приема пищи и (или) наличия язвенного кровотечения; продолжительность пероральной антисекреторной терапии: 4–6 недель при дуоденальной язве или 8–10 недель при желудочной язве, или до заживления язвы, если в указанные сроки лечения не наступила репарация.

Время проведения эрадикационной терапии является составной частью периода антисекреторной терапии. После проведения эрадикационной терапии антисекреторная терапия продолжается до достижения указанной продолжительности или до полного заживления язвы.

52. При выраженных клинических признаках, постпрандиальных симптомах дополнительно назначается один из следующих ЛП или их комбинация:

антациды (предпочтительно невсасывающиеся (суспензия или жевательные таблетки, содержащие гидроокись алюминия и магния или суспензия алюминия фосфата), в случае сочетания с ГЭРБ альгинатсодержащие (суспензия или жевательные таблетки,

содержащие в составе натрия альгинат) до 2 недель или висмута субцитрат (таблетки 120 мг) внутрь по 120 мг 4 раза в день 4–6 недель;

прокинетики: домперидон (таблетки 10 мг) 10 мг 3 раза в сутки внутрь до 1 недели или итоприд (таблетки 50 мг) 50 мг 2–3 раза в сутки внутрь до 4 недель, или кратковременное (не более 5 дней) назначение метоклопрамида (таблетки) 10 мг внутрь 2–3 раза в сутки (с промежутком между приемами не менее 6 часов), или в тяжелых случаях – раствор метоклопрамида (раствор для инъекций 5 мг/мл 2 мл) по 10 мг парентерально 1–3 раза в сутки (с промежутком между введениями не менее 6 часов);

миоспазмолитики: дротаверин (таблетки 40, 80 мг), внутрь по 80 мг 3 раза в сутки 5–7 дней или тримебутин (таблетки 100 мг, 300 мг) 100–200 мг 3 раза в сутки либо 300 мг 2 раза в сутки, и (или) ребамипид (таблетки 100 мг) по 100 мг 3 раз в сутки внутрь 4–8 недель.

53. При язвенном кровотечении как компонент комплексной терапии ИПП вводится парентерально в соответствии с пунктом 51 настоящего клинического протокола, затем внутрь в двойной дозе в течение 2 недель с последующим переходом на стандартную дозу с контролем эффективности лечения.

54. 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 постязвенного рубца для исключения рака желудка;

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 симптомов.

Эффективность эрадикационной терапии контролируется результатами ¹³C-дыхательного теста на Нр-инфекцию или анализа кала на антигены Нр-инфекции, или результатами гистологического исследования (ЭГДС с биопсией из тела желудка (2 биоптата) и антрального отдела желудка (2 биоптата) – при невозможности выполнения неинвазивных методов и при наличии симптомов тревоги и (или) отягощенного наследственного анамнеза по раку желудка) через 4–8 недель после окончания эрадикационной терапии, не ранее, чем через 2 недели после прекращения приема ИПП, не ранее, чем через месяц после прекращения приема любых антибактериальных ЛП.

55. Медицинское наблюдение пациентов с гастродуоденальной язвой в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

Медицинское наблюдение пациентов при персистировании Нр-инфекции, постоянном приеме НПВП, антиагрегантов или антикоагулянтов осуществляется врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики) постоянно.

Диагностические исследования и кратность медицинского наблюдения врачей-специалистов при гастродуоденальной язве:

1 раз в год: медицинский осмотр; оценка статуса питания; анализ кала на скрытую кровь иммунохимическим тестом;

1 раз в 2 года: БИК (щелочная фосфатаза (далее – ЩФ), гамма-глутамилтранспептидаза (далее – ГГТП), общий белок, амилаза, холестерин (далее – ХС), железо, ферритин, С-реактивный белок (далее – СРБ) (преимущественно высокочувствительный);

по медицинским показаниям: ЭГДС; ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости (далее – ОБП), рентгеноскопия желудка, консультация врача-гастроэнтеролога, врача-хирурга.

56. Критериями эффективности лечения и медицинского наблюдения пациента с гастродуоденальной язвой в амбулаторных условиях являются: отсутствие язвенного дефекта; поддержание нормального статуса питания; снижение нетрудоспособности; предотвращение рецидивов и осложнений; раннее выявление осложнений.

57. Противорецидивные мероприятия при гастродуоденальной язве включают эрадикационную терапию при наличии Нр-инфекции, лечение в режиме «по требованию» и антисекреторное лечение при наличии факторов риска.

ГЛАВА 5 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ПРИЕМОМ НПВП

58. Гастропатией, индуцированной приемом НПВП (далее – НПВП-гастропатия), являются субэпителиальные гемorragии и (или) эрозии (язвы) желудка, реже – двенадцатиперстной кишки, развивающиеся на фоне приема НПВП, выявляемые при эндоскопическом исследовании, часто протекающие бессимптомно и характеризующиеся развитием желудочно-кишечных кровотечений и перфораций.

Осложнениями НПВП-гастропатии являются:

- кровотечение;
- перфорация.

59. Эндоскопическая классификация выраженности НПВП-гастропатии (эрозивно-язвенная количественная шкала Lanza, 1990 г.):

- Lanza 0 – отсутствие эрозий и гемorragий;
- Lanza 1 – единичные эрозии и гемorragии;
- Lanza 2 – от 2 до 9 эрозий или подслизистых гемorragий;
- Lanza 3–10 и более эрозий или подслизистых гемorragий;
- Lanza 4 – язва(ы).

60. Формулировка диагноза НПВП-гастропатии включает:

- нозологическую форму заболевания;
- указание на связь с приемом НПВП.

Примеры формулировки диагноза:

«Острая язва желудка (9 x 7 мм) с локализацией на задней стенке антрального отдела, индуцированная приемом индометацина, Нр-, осложненная кровотечением, Forrest 2b» (K25.0 Y45.3);

«Хроническая язва двенадцатиперстной кишки (задняя стенка, 5 x 6 мм), связанная с приемом АСК, Нр+, фаза обострения, среднетяжелое течение» (K26.9 Y45.1);

«Множественные эрозии и гемorragии антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки до 3–5 мм (Lanza 3), индуцированные приемом кеторолака, Нр-» (K25.9 Y45.3).

61. Факторами риска развития НПВП-гастропатии являются:

- наличие в анамнезе осложненной или неосложненной язвы;
- возраст старше 60 лет;
- использование высоких доз НПВП;

употребление одновременно двух и более НПВП;
совместный прием НПВП/АСК, включая дозу 70–100 мг, с любым из следующих ЛП: антикоагулянты (прямые и непрямые, в том числе новые – дабигатран этексилат, ривароксабан, апиксабан), антитромбоцитарные ЛП – (клопидогрель, тиклопидин, ГКС, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС);

- курение;
- употребление алкогольных напитков;

тяжелое сопутствующее заболевание (активное злокачественное новообразование, почечная недостаточность, печеночная недостаточность, нахождение в отделении анестезиологии и реанимации из-за длительной механической вентиляции и следующих патологий: болезнь печени; сердечно-сосудистое заболевание; респираторное заболевание; сахарный диабет);

Нр-инфекция.

Наличие нескольких факторов риска значительно увеличивает риск желудочно-кишечных осложнений.

Риск развития НПВП-гастропатии не зависит от длительности приема НПВП и лекарственной формы НПВП.

Определение выраженности желудочно-кишечного риска осуществляется с учетом степеней риска развития гастроинтестинальных осложнений согласно приложению 7.

62. Медицинская профилактика НПВП-гастропатии основана на:

62.1. оценке при назначении НПВП у пациента степени риска развития гастроинтестинальных осложнений согласно приложению 7;

62.2. выполнении следующих мероприятий по снижению риска развития гастроинтестинальных осложнений:

информирование пациента о риске приема НПВП/АСК и иных ulcerогенных ЛП, независимо от наличия факторов желудочно-кишечного риска (включая низкий риск);

использование парацетамола в случаях, когда имеет значение преимущественно анальгезирующий, а не противовоспалительный эффект;

назначение НПВП с лучшим профилем безопасности для верхних отделов ЖКТ (циклооксигеназа-2-селективные НПВП, например, целекоксиб (капсулы 100 мг, 200 мг) внутрь 100–200 мг в сутки или эторикокиб (таблетки, покрытые оболочкой, 60 мг, 90 мг) внутрь 60–90 мг в сутки или мелоксикам (таблетки 7,5 мг, 15 мг) внутрь 7,5–15 мг в сутки, или нимесулид (таблетки 100 мг, гранулы для приготовления суспензии внутрь, 100 мг) внутрь 100–200 мг в сутки, из неселективных НПВП – ацеклофенак (таблетки 100 мг, капсулы 100 мг) 100 мг 1–2 раза в сутки);

62.3. медикаментозной профилактике:

при наличии низкого риска развития гастроинтестинальных осложнений в случае клинических или эндоскопических признаков НПВП-гастропатии в анамнезе – назначение ребамипида (таблетки 100 мг) по 100 мг 3 раз в сутки внутрь или ИПП в половинной от стандартной дозы согласно приложению 3 на период приема НПВП или другого ulcerогенного ЛП;

при наличии умеренного риска развития гастроинтестинальных осложнений на фоне приема НПВП – назначение ИПП в половинной от стандартной дозы или в полной стандартной дозе согласно приложению 3 или ребамипида (таблетки 100 мг) по 100 мг 3 раз в сутки внутрь на период приема НПВП, или другого ulcerогенного ЛП;

при наличии высокого риска развития гастроинтестинальных осложнений – профилактическое назначение ИПП в стандартной дозе согласно приложению 3 на весь период приема НПВП.

63. Клиническими критериями НПВП-гастропатии являются:

боли или дискомфорт верхней части живота;

быстрая насыщаемость, чувство полноты после еды, вздутие в верхней части живота, тошнота, отрыжка.

Возможно бессимптомное течение НПВП-гастропатии.

64. Диагностическими критериями НПВП-гастропатии являются:

субэпителиальные геморрагические поражения желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС;

язвы (эрозии) желудка (чаще антральный отдел) или двенадцатиперстной кишки при ЭГДС;

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

наличие связи с применением НПВП, в том числе АСК.

65. Лечение пациента с НПВП-гастропатией основано на отмене НПВП и назначении ИПП в стандартной или двойной дозе в зависимости от выраженности клинических признаков.

При невозможности полного отказа от применения НПВП рассматриваются следующие варианты лечения:

максимальное уменьшение суточной дозы НПВП, в том числе переход на парентеральные формы (обеспечивает более быстрый анальгезирующий эффект при невысоких дозах НПВП);

использование парацетамола, когда имеет значение преимущественно анальгезирующий, а не противовоспалительный эффект;
использование циклооксигеназа-2-селективных или неселективных НПВП с наилучшим профилем безопасности для ЖКТ.

ГЛАВА 6 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

66. Хроническим гастритом является 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 Нр-инфекцией.

67. При хроническом гастрите используются следующие критерии оценки степени тяжести:

морфологические изменения слизистой оболочки желудка в соответствии с алгоритмом оценки согласно приложению 8, с определением степени активности, воспаления, атрофии и метаплазии по визуально-аналоговой шкале для оценки морфологических изменений согласно приложению 9 (биоптаты каждого отдела желудка описываются отдельно);

степень тяжести хронического атрофического гастрита определяется в зависимости от стадии по градационной системе OLGA согласно приложению 10.

68. Наличие и степень тяжести дисплазии определяются по следующим критериям:

дисплазия эпителия диагностируется по наличию клеток эпителия с увеличенными гиперхромными ядрами, снижению (исчезновению) бокаловидных клеток и муцина, наличию амфобильности (базофильности) цитоплазмы с вовлечением поверхностного эпителия; отсутствуют гистологические 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 подразделяется на дисплазию низкой и высокой степени;

дисплазия высокой степени (тяжелая дисплазия, cancer in situ) характеризуется следующими гистологическими 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 общие критерии дисплазии, но отсутствуют критерии дисплазии высокой степени.

69. Формулировка диагноза хронического гастрита включает:

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

этиологический фактор (если возможно);

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

характеристику тяжести атрофического гастрита (OLGA/OLGIM);

характеристику анемии (при ее наличии).

Примеры формулировки диагноза:

«Хронический антральный хеликобактерный гастрит (антрум: Нр 3+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия +)»;

«Хронический атрофический хеликобактер-ассоциированный пангастрит (анtrum: Нр 0, активность 2+, воспаление 2+, атрофия 3+, кишечная метаплазия +; тело Нр 2+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия +), тяжелый (стадия III по OLGA)»;

«Хронический атрофический аутоиммунный гастрит (анtrum: 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».

70. Клиническими критериями хронического гастрита являются:

В12-дефицитная анемия (клинический признак аутоиммунного гастрита);

железодефицитная анемия, резистентная к стандартной пероральной терапии ЛП железа (может являться клиническим признаком хронического хеликобактерного гастрита, хронического аутоиммунного гастрита);

синдром диспепсии;

гастрит может протекать бессимптомно. Нр-инфекция, в том числе хеликобактер-ассоциированный гастрит, может сопровождаться или не сопровождаться диспепсией;

снижение уровня сывороточного пепсиногена I (< 70 мкг/л) и (или) снижение соотношения пепсиногенов I/II ($< 3,0$) являются серологическим маркером атрофического гастрита и требуют обязательного проведения ЭГДС с биопсией и морфологическим подтверждением.

71. Диагностическими критериями хронического гастрита являются:

наличие гистологических признаков хронического гастрита при оценке гастробиоптатов;

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

не менее 30 эозинофилов в 5 полях зрения ($\times 400$) (для эозинофильного гастрита).

72. Целями лечения хронического гастрита являются:

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

уменьшение воспалительных изменений слизистой оболочки желудка пациента при нехеликобактерных гастритах;

купирование анемии.

73. Медицинскими показаниями для госпитализации пациента с хроническим гастритом являются:

тяжесть состояния и (или) необходимость уточнения диагноза при особых формах гастрита (госпитализация осуществляется в гастроэнтерологические отделения ГОЗ, ООЗ);

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

74. Лечение пациента с хроническим гастритом включает:

74.1. мероприятия по питанию и образу жизни: соблюдение принципов здорового питания; отказ от алкоголя, курения; ограничение применения гастротоксических ЛП (например, НПВП) и иных химических раздражителей;

74.2. при хеликобактерном гастрите назначение эрадикационной терапии Нр-инфекции в соответствии с основными эрадикационными протоколами согласно приложению 6. Выбор эрадикационного протокола осуществляется исходя из данных о региональной или индивидуальной резистентности Нр-инфекции к кларитромицину, фторхинолонам и метронидазолу. Не назначаются эрадикационные протоколы с антибактериальными ЛП (кларитромицином или фторхинолоном), которые пациент использовал при лечении любых заболеваний в течение года, предшествующего эрадикации.

При отсутствии информации по региональной или индивидуальной антибиотикорезистентности назначаются протоколы квадротерапии, прежде всего – с коллоидными ЛП висмута. Переход на последующую линию лечения (2 после 1,

3 после 2) предполагает подтвержденную неэффективность предшествующей эрадикационной терапии любыми тестами на Нр-инфекцию, кроме серологического;

74.3. при неизвестной или высокой (более 15 %) резистентности к кларитромицину:

терапия 1 линии – квадротерапия на основе ЛП висмута или сопутствующая, то есть ИПП с тремя антибактериальными ЛП;

терапия 2 линии – другой вариант квадротерапии, в том числе сопутствующая, если она ранее не применялась;

терапия 3 линии – тройная терапия с левофлоксацином или квадротерапия с левофлоксацином и ЛП висмута;

терапия 4 линии – тройная терапия с рифабутином.

При отсутствии эффекта от трех линий эрадикационной терапии рекомендуется определение индивидуальной резистентности Нр-инфекции к антибактериальным ЛП;

74.4. при известной индивидуальной или региональной резистентности микроорганизма Нр-инфекции к антибактериальным ЛП назначение эрадикационных протоколов с антибиотиками, к которым сохранена его чувствительность;

74.5. дополнительно при проведении эрадикационной терапии возможно назначение пробиотиков: *Lactobacillus rhamnosus* GG в форме саше 3 г (4×10^9 КОЕ) 2 раза в сутки, или *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 в капсулах 250 мг (5×10^9 КОЕ) 2 раза в сутки, или *Bacillus clausii* (штаммы Enterogermina) в капсулах и суспензии для приема внутрь 5 мл (2×10^9 спор) 3 раза в сутки, или пробиотический композит, состоящий из пробиотических микроорганизмов: *Lactobacillus acidophilus* La-14, *Lactobacillus rhamnosus* Lr-32, *Bifidobacterium lactis* BI-04, в форме саше 1,7 г (1 доза) 1 раз в сутки;

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

74.7. при аутоиммунном атрофическом гастрите многолетнее (пожизненное) профилактическое введение цианокобаламина (витамина В12) (раствор для инъекций 500 мкг/мл) 500 мкг 1 раз в месяц внутримышечно или витамин В12 (таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мкг) внутрь по 1 таблетке 1 раз в месяц.

При аутоиммунном атрофическом гастрите, осложненном мегалобластной анемией, подтвержденной исследованием костного мозга и (или) сниженным уровнем в крови витамина В12 (ниже 150 пг/мл) и (или) фолиевой кислоты (ниже 3,1 нг/мл), назначается цианокобаламин (витамин В12) (раствор для инъекций 500 мкг/мл) 500–1000 мкг в сутки внутримышечно или (таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мкг) внутрь по 1 таблетке в день до нормализации показателей уровня гемоглобина и (или) витамина В12, с последующим переходом на поддерживающее лечение – цианокобаламина (витамина В12, раствор для инъекций 500 мкг/мл) 500–1000 мкг внутримышечно или (витамина В12, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мкг) внутрь по 1 таблетке 1 раз в неделю в течение 2 месяцев, затем 2 раза в месяц в течение 2 месяцев.

При дефиците фолиевой кислоты назначается фолиевая кислота (таблетки 1 мг) 6–15 мг в сутки внутрь в течение 4–6 недель до нормализации сывороточного уровня, с переводом на поддерживающее лечение: 5–10 мг внутрь 1 раз в неделю 2 месяца, затем 2 раза в месяц на протяжении 2 месяцев.

При наличии Нр-инфекции проводится эрадикационная терапия;

74.8. назначение ребампида (таблетки 100 мг) внутрь по 100 мг 3 раз в сутки на протяжении 4–8 недель.

75. Эффективность эрадикационной терапии контролируется в соответствии с частью второй пункта 54 настоящего клинического протокола.

76. Медицинское наблюдение пациентов с хроническим гастритом в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

77. Медицинское наблюдение пациентов при хеликобактерном атрофическом гастрите умеренной или тяжелой степени, гастрите с метаплазией и особых формах гастрита осуществляется врачом – терапевтом участковым (врачом общей практики) постоянно, при необходимости – врачом-гастроэнтерологом.

Диагностические исследования и кратность медицинского наблюдения врачей-специалистов при хроническом хеликобактерном атрофическом гастрите умеренной или тяжелой степени, гастрите с метаплазией и особых формах гастрита:

1 раз в год: медицинский осмотр; ОАК; БИК (железо, ферритин);

1 раз в 3 года: ЭГДС с биопсией и оценкой по OLGA (при отягощенной наследственности по раку желудка интервал ЭГДС сокращается до 1–2 лет);

по медицинским показаниям: УЗИ ОБП; рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью.

78. Медицинское наблюдение пациентов при хроническом хеликобактерном атрофическом гастрите с дисплазией, аутоиммунном атрофическом гастрите осуществляется врачом-гастроэнтерологом постоянно (при отсутствии – врачом – терапевтом участковым (врачом общей практики).

Диагностические исследования и кратность медицинского наблюдения врачей-специалистов при хроническом хеликобактерном атрофическом гастрите с дисплазией, аутоиммунном атрофическом гастрите:

1 раз в год: медицинский осмотр; ОАК; БИК (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 консультацией врача-онколога. При обнаружении дисплазии любой степени рекомендуется выполнить в кратчайшие сроки повторную высокоразрешающую ЭГДС и дополнительно хромоэндоскопию;

по медицинским показаниям: консультация врача-гематолога; определение уровня витамина В12 (при аутоиммунном гастрите);

при повторной Нр-инфекции проводится эрадикационная терапия с последующим контролем эффективности эрадикации: повторная ЭГДС с биопсией из тела и антрального отдела желудка или ¹³С-углеродный дыхательный тест на Нр-инфекцию, или анализ кала на антигены Нр-инфекции через 4–8 недель после окончания лечения. При персистенции Нр-инфекции рекомендуется консультация врача-гастроэнтеролога.

79. Критериями эффективности лечения и медицинского наблюдения пациента в амбулаторных условиях являются: исчезновение Нр-инфекции; уменьшение воспалительных изменений слизистой оболочки желудка; отсутствие прогрессирования атрофии, метаплазии и дисплазии; отсутствие анемии при аутоиммунном атрофическом гастрите.

80. К факторам риска рака желудка относятся: Нр-инфекция; хронический атрофический гастрит; хронический гастрит с метаплазией (неполной, толстотокишечной) и (или) дисплазией; аденоматозные полипы желудка; хирургическое вмешательство на желудке в прошлом (особенно резекция желудка по Бильрот); курение; отягощенная наследственность по раку желудка; синдром Пейтца – Егерса; семейный аденоматозный полипоз; ювенильный полипоз; наследственный неполипозный колоректальный рак; болезнь Менетрие.

При наличии факторов риска рака желудка ЭГДС с гастробиопсией при первичном обращении пациента является обязательным диагностическим исследованием.

ГЛАВА 7 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЕПСИИ

81. Диспепсией является боль или дискомфорт (чувство тяжести, переполнения, неопределенное неприятное ощущение) в верхней части живота, преимущественно по срединной линии. Иногда может присутствовать также чувство тошноты, жжения в эпигастрии.

82. Выделяются следующие виды диспепсии:

органическая (вторичная) диспепсия – наличие симптомов диспепсии, обусловленных органическими заболеваниями (гастроудоденальная язва или эрозии, рак

желудка, гастрит от воздействия инфекционного возбудителя или токсического вещества, панкреатит, гепатит, цирроз печени). К метаболическим нарушениям, приводящим к развитию диспепсии, относятся сахарный диабет с диабетической полинейропатией и гастропарезом. Системные нарушения с симптомами диспепсии возможны, например, при хронической почечной недостаточности, хронической сердечной недостаточности, гипотиреозе или системном склерозе (системной склеродермии);

функциональная диспепсия – наличие диспепсического синдрома в отсутствие органических заболеваний и метаболических или системных нарушений, которые могли бы объяснить имеющиеся симптомы. Функциональная диспепсия предполагает отсутствие Нр-инфекции, в том числе хеликобактерного гастрита;

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

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

83. При постановке диагноза функциональной диспепсии используется следующая классификация:

- постпрандиальный дистресс-синдром;
- эпигастральный болевой синдром;
- смешанный вариант функциональной диспепсии.

84. Диагноз функциональной диспепсии основывается на соответствии следующим критериям:

84.1. наличие синдрома диспепсии в сочетании со следующими симптомами (наблюдаются у пациента не менее 3 последних месяцев с началом симптомов не менее 6 месяцев перед диагностикой при отсутствии органических заболеваний и метаболических или системных нарушений, которые могли бы объяснить имеющиеся симптомы):

критерии постпрандиального дистресс-синдрома (необходимо наличие одного критерия или их сочетание): беспокоящее чувство полноты после еды, возникающее после приема обычного объема пищи минимум несколько раз в неделю; быстрая насыщаемость (сытость), в связи с чем невозможно съесть обычную пищу до конца минимум несколько раз в неделю. Дополнительные критерии: вздутие в верхней части живота или тошнота после еды, или чрезмерная отрыжка; наличие сопутствующего эпигастрального болевого синдрома;

критерии эпигастрального болевого синдрома (необходимо сочетание всех критериев): боль или жжение, локализованные в эпигастрии, минимум умеренной интенсивности, с частотой не менее 1 раза в неделю; боль периодическая; отсутствие генерализованной боли или боли, локализуемой в других отделах живота или грудной клетки; отсутствие улучшения после дефекации или отхождения газов; отсутствие соответствия критериям расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди. Дополнительные критерии: боль может быть жгучей, но без ретростернального компонента; боль появляется или уменьшается после приема пищи, но может возникать и натощак; может наблюдаться сопутствующий постпрандиальный дистресс-синдром;

84.2. отсутствие симптомов тревоги;

84.3. отсутствие системных или метаболических заболеваний, которые могут вызвать диспепсические симптомы (сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, гипотиреоз и иные);

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

84.5. отсутствие Нр-инфекции.

85. Формулировка диагноза функциональной диспепсии включает:

85.1. до проведения обследования термин «необследованная диспепсия»;

85.2. после проведения обследования и выявления соответствия критериям функциональной диспепсии устанавливаются:

вариант диспепсии;

степень тяжести клинических признаков, которая оценивается в соответствии с оценкой степени тяжести заболевания согласно приложению 11.

86. Примеры формулировки диагноза:

«Диспепсия необследованная»;

«Функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс-синдром, средней степени тяжести»;

«Диспепсия средней степени тяжести. Хронический хеликобактерный антральный гастрит (Нр-инфекция 3+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия 0) (указывается при выполнении гистологического исследования слизистой оболочки желудка)»;

«Нр-инфекция» (указывается, если у пациента без жалоб установлено наличие Нр-инфекции методами, отличными от гистологического. Диагноз требует дополнительного обследования по медицинским показаниям (ЭГДС с гастробиопсией);

«Хронический антральный хеликобактерный гастрит (антрум: Нр 3+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия +) с диспепсией умеренно выраженной»;

«Диспепсия, ассоциированная с Нр-инфекцией» (указывается, если гистологическое исследование слизистой оболочки желудка не выполнялось, а наличие Нр-инфекции верифицировано, например, ¹³С-дыхательным тестом на Нр-инфекцию или определением антигенов Нр-инфекции в кале).

87. Целью лечения диспепсии является купирование (уменьшение) симптомов диспепсического синдрома.

88. Медицинские показания для госпитализации пациента с диспепсией отсутствуют. Для проведения сложных диагностических исследований, медицинской экспертизы пациент может быть госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГОЗ, ООЗ.

89. Лечение пациента с диспепсией включает:

рациональную психотерапию;

отказ от алкоголя, курения, ограничение применения гастротоксических ЛП (НПВП и другие ЛП, нежелательными реакциями применения которых могут быть эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной слизистой оболочки или симптомы диспепсии), нормализацию режима питания.

90. При болевой форме диспепсии назначаются стандартные дозы ИППП согласно приложению 3: 1 раз в сутки утром натощак за 30–60 минут до еды до 4 недель, или Н2-блокатор: фамотидин (таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, 40 мг) внутрь 20–40 мг в сутки в течение 2–4 недель.

При болевом синдроме в качестве дополнительной пробной терапии назначается один из следующих ЛП:

дротаверин (таблетки 40, 80 мг), внутрь по 40–80 мг 3 раза в сутки до 5 дней;

тримебутин (таблетки 100 мг, 300 мг) внутрь 100–300 мг 2–3 раза в сутки до 2 недель;

отилония бромид (таблетки, покрытые оболочкой, 40 мг) внутрь 40 мг 3 раза в сутки в течение 2–5 дней.

91. При редких симптомах диспепсии легкой степени тяжести (1–2 раза в неделю) назначаются антацидные ЛП (предпочтительно невсасывающиеся (суспензия или жевательные таблетки, содержащие гидроксид алюминия и магния или суспензия алюминия фосфата), при сопутствующих клинических признаках ГЭРБ – альгинатсодержащие (суспензия или жевательные таблетки, содержащие в составе натрия альгинат) 2–4 раза в сутки короткими курсами по несколько дней или в режиме «по требованию» во время болей.

92. При наличии Нр-инфекции назначается эрадикационная терапия.

93. При постпрандиальном синдроме назначается один из следующих ЛП:

домперидон (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг) внутрь по 10 мг 3 раза в сутки, 1 неделя;

итопрод (таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг) по 50 мг 2–3 раза в сутки до 4 недель;

тримебутин (таблетки 100 мг, 300 мг) внутрь 100–300 мг 2–3 раза в сутки до 4 недель;

метоклопрамид (таблетки 10 мг) внутрь по 10 мг 2–3 раза в сутки (с промежутком между приемами не менее 6 часов), кратковременно (не более 5 дней);

раствор метоклопрамида (раствор для инъекций 5 мг/мл 2 мл) по 10 мг парентерально 1–3 раза в сутки (с промежутком между введениями не менее 6 часов) или в дальнейшем в режиме «по требованию» (в тяжелых случаях).

94. В случае неэффективности лечения, указанного в пунктах 90–93 настоящего клинического протокола, может быть назначена фиксированная комбинация растительных компонентов (с гвайазуленом или STW 5), коллоидного висмута трикалия дицитрата (таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг) внутрь по 120 мг 4 раза в сутки за 30 минут до еды в течение 2–4 недель.

При неэффективности оценивается необходимость проведения дополнительных диагностических исследований. В случае подтверждения диагноза или уверенности в нем, в качестве дополнительной терапии, особенно при наличии симптомов тревожной депрессии, может быть назначен amitриптилин (таблетка 25 мг), начальная доза 10 мг внутрь 1 раз в день перед сном с последующим повышением дозы каждые 5 дней на 10 мг до достижения суточной дозы 25–50 мг внутрь 1 раз в день перед сном (дозировка сохраняется 2 недели, затем доза постепенно снижается по 10 мг каждые 5 дней до полной отмены).

95. При сопутствующем сахарном диабете и нарушенной желудочной эвакуации назначается один из следующих ЛП (с оценкой эффективности через 2 недели приема):

домперидон (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг) внутрь по 10 мг 3 раза в сутки до 1 недели;

итоприд (таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг) по 50 мг 2–3 раза в сутки до еды до 4 недель.

96. При необследованной диспепсии лечение осуществляется с учетом преобладающего синдрома (не рекомендуется назначать ИПП (антациды, блокатор H₂-рецепторов или ЛП, указанные в пункте 94 настоящего клинического протокола) при необходимости диагностики Нр-инфекции несерологическими методами).

97. Контроль эффективности лечения осуществляется по купированию жалоб. Контроль эрадикационной терапии осуществляется в соответствии с частью второй пункта 54 настоящего клинического протокола.

ГЛАВА 8 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА

98. Демпинг-синдромом является группа симптомов, которая чаще всего развивается у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по полному или частичному удалению желудка, пищевода, или у пациентов, кому было выполнено хирургическое шунтирование, за счет быстрого перемещения гиперосмолярного химуса из желудка в тонкую кишку. Возникает, как правило, в первые 6 месяцев после хирургического вмешательства.

99. Выделяются следующие классификации демпинг-синдрома:

99.1. по варианту развития и течению:

ранний демпинг-синдром – гастроинтестинальные и системные симптомы, возникающие во время приема пищи или в течение 1 часа после еды. Наиболее чувствительным клиническим признаком раннего демпинг-синдрома является увеличение частоты пульса более чем на 10 ударов в минуту через 30 минут после приема 75 г глюкозы, растворенной в 200 мл воды;

поздний демпинг-синдром – вазомоторные симптомы, возникающие через 1–3 часа после приема пищи. Лабораторным признаком является спонтанная, а также выявленная при выполнении модифицированного перорального теста нарушения толерантности к глюкозе гипогликемия ниже 2,8 ммоль/л;

сочетание раннего и позднего демпинг-синдрома;

99.2. по степени тяжести течения:

I степень (легкая). Провоцирующими факторами возникновения приступа являются сладкая пища и молоко. Симптомы (слабость, головокружение, потливость, бледность) слабо выражены и непродолжительны по времени (чаще 10–15 минут, не более получаса). Гемодинамика во время приступа, как правило, стабильная. При рентгенологическом исследовании верхних отделов ЖКТ эвакуация контрастного вещества из культи желудка проходит за 15–20 минут, а длительность пассажа по тонкой кишке – 3–4 часа;

II степень (средней тяжести). Приступы могут возникать после приема любой пищи и длиться 30–60 минут. Симптомы (слабость, головокружение, потливость, бледность) имеют более выраженный характер, к ним могут присоединяться вазомоторные симптомы (жалобы на шум в ушах, тошноту, парестезии, ощущение жара, тахикардии). Стул неустойчивый. Отмечается изменение гемодинамики: частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) возрастает на 15–20 ударов в минуту, систолическое артериальное давление (далее – АД) снижается на 10 мм рт.ст. По данным рентгеноскопии, эвакуация сульфата бария занимает 10–15 минут, а пассаж по тонкой кишке проходит за 2,5–3 часа;

III степень (тяжелая форма заболевания). Расстройства возникают после каждого приема пищи, протекают по типу тяжелого вегетативного криза (ЧСС возрастает на 20–30 ударов в минуту, АД снижается на 15–20 мм рт.ст.) продолжительностью 1,5–2 часа. Контраст из культи желудка эвакуируется за 5–10 минут, а его пассаж по тонкой кишке совершается за 2–2,5 часа.

100. Формулировка диагноза включает:

указание на заболевание и объем проведенного хирургического вмешательства;
вариант развития демпинг-синдрома;
тяжесть течения демпинг-синдрома.

101. Клиническими критериями демпинг-синдрома являются:

гастроинтестинальные симптомы (боли в животе, абдоминальный дискомфорт, ощущение переполнения живота, вздутие, урчание в животе, тошнота, рвота, диарея);

системные (вазомоторные) симптомы (ощущение жара, потливость, бледность, липкость кожи, слабость, усталость, желание прилечь после еды, учащенное сердцебиение, тремор, головные боли, головокружение, спутанность сознания, обморок, синкопальное состояние, потеря сознания).

102. Диагностическими являются следующие критерии демпинг-синдрома или их сочетание:

наличие гастроинтестинальных (абдоминальная боль, вздутие, урчание в животе, тошнота, рвота, диарея) и (или) системных (слабость, головокружение, потливость, бледность, желание прилечь после еды, учащенное сердцебиение) симптомов, возникающих во время приема пищи и (или) после еды у пациента, перенесшего хирургическое вмешательство на пищеводе или желудке;

индекс Сигстада > 7 по системе диагностических баллов Сигстада согласно приложению 12;

положительный модифицированный пероральный тест нарушения толерантности к глюкозе (тест считается положительным, если возникает поздняя (120–180 минут) гипогликемия или если происходит ранее (30 минут) повышение уровня гематокрита (более чем на 3 %), или увеличивается частота пульса более чем на 10 ударов в минуту через 30 минут после приема глюкозы);

рентгенологические особенности демпинг-синдрома (быстрое опорожнение культи желудка от принятого контрастного вещества, значительное усиление перистальтики тонкой и толстой кишки, сменяющееся инертностью; характерен провал первой 1/3 или 1/2 порции контрастной взвеси из желудка в тощую кишку в течение 1–2 минут с более длительной эвакуацией оставшейся части контраста);

положительный результат водородного дыхательного теста после приема глюкозы;

исключение иных причин симптомов (послеоперационные стриктуры, спайки, инсулинома и иное).

103. Оценка статуса питания проводится:
по ИМТ согласно приложению 13;
в соответствии с критериями высокого нутритивного риска согласно приложению 14;
по шкале нутритивного риска (NSR) согласно приложению 15;
в соответствии с клинической диагностикой саркопении согласно приложению 16;
инструментальными методами: биоимпедансный анализ состава тела человека; двойная рентгеновская абсорбциометрия; инфракрасная спектроскопия.

104. Целями лечения демпинг-синдрома являются:

купирование (уменьшение) симптомов;

предотвращение развития мальнутриции.

105. Медицинскими показаниями для госпитализации пациента с демпинг-синдромом являются:

ранний и (или) поздний демпинг-синдром II–III степени (пациент госпитализируется в терапевтическое или гастроэнтерологическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

рефрактерный демпинг-синдром при необходимости наложения питательной еюностомы или гастростомы (пациент госпитализируется в хирургическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ), при необходимости повторного хирургического вмешательства (пациент госпитализируется в хирургическое отделение ООЗ).

106. Лечение пациента с демпинг-синдромом включает:

106.1. комплекс мероприятий по коррекции питания и образа жизни: употребление в пищу продуктов с высоким содержанием клетчатки и белков; отказ от продуктов, содержащих быстро усваиваемые углеводы, и жидкостей, повышающих осмолярность в просвете кишечной трубки (молоко, соки); частое дробное питание небольшими порциями; откладывание приема жидкости минимум на 30 минут после еды; горизонтальное положение в течение 30 минут после еды для замедления опорожнения желудка и уменьшения симптомов;

106.2. применение добавок к пище, повышающих ее вязкость (гуаровая камедь, пектин и глюкоманнан);

106.3. фармакотерапию при неэффективности модификации питания и образа жизни: при раннем и позднем демпинг-синдроме назначается октреотид (раствор для инъекций 0.01 % 1 мл) 25–50 мкг подкожно 1–3 раза в сутки за 15–30 минут до приема пищи, по желанию пациента или в зависимости от планируемого потребления калорий (углеводов) в течение нескольких недель или месяцев;

106.4. хирургическое вмешательство при рефрактерном демпинг-синдроме:

наложение питающей еюностомы или гастростомы (рефрактерный демпинг-синдром после фундопликации по Ниссену) для обеспечения энтерального питания;

повторное реконструктивное хирургическое вмешательство.

107. Медицинское наблюдение пациентов с демпинг-синдромом в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

Медицинское наблюдение пациентов при демпинг-синдроме осуществляется врачом-хирургом (при отсутствии врачом – терапевтом участковым (врачом общей практики) до исчезновения симптомов.

ГЛАВА 9

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

108. Синдромом приводящей петли (далее – СПП) является осложнение, которое может возникнуть после различных хирургических вмешательств на верхних отделах ЖКТ, при которых выполняется анастомоз между желудком и тощей кишкой, обусловленное дистальной обструкцией, вызывающей растяжение приводящей петли (сегмента тонкой кишки, состоящего из двенадцатиперстной кишки и проксимального

отдела тощей кишки выше гастроеюностомы) вследствие скопления желчи, секрета поджелудочной железы и проксимальных отделов тонкой кишки, съеденной накануне пищи.

109. Выделяются следующие классификации СПП:

109.1. по варианту развития и течению:

острый СПП (полная обструкция приводящей петли);

хронический СПП (частичная обструкция приводящей петли);

109.2. по степени тяжести СПП:

I степень (легкая): распирающие боли в правом подреберье; отрыжка пищей или рвота, облегчающие боль не чаще 2 раза в месяц;

II степень (средней тяжести): мучительная тошнота; боль в правом подреберье; рвота желчью 2–3 раза в неделю;

III степень (тяжелая): боль в правом подреберье; рвота желчью ежедневно, с развитием стеатореи и синдрома мальабсорбции.

110. Формулировка диагноза включает:

указание на заболевание и объем проведенного хирургического вмешательства;

вариант развития СПП;

тяжесть течения СПП.

111. Клиническими критериями СПП являются:

клинические признаки острой кишечной непроходимости (боль в правом подреберье или эпигастрии, тошнота, рвота с или без кишечным содержимым, вздутие живота, асимметрия живота, учащенное сердцебиение, потливость, гипотония);

клинические признаки хронического нарушения кишечного пассажа (боли в правом подреберье или эпигастрии, рвота, возникающая в течение часа после приема пищи, особенно жирной или молочной, с примесью желчи или без нее, отрыжка, горечь во рту, дискомфорт и тяжесть в животе, диарея или запор, потеря веса);

неспецифические симптомы: стеаторея; дефицит железа и (или) витамина В12; анемия.

112. Диагностическими критериями СПП являются:

наличие гастроеюностомы;

клинические признаки острой кишечной непроходимости и (или) хронического нарушения кишечного пассажа.

113. Оценка статуса питания проводится:

по ИМТ согласно приложению 13;

в соответствии с критериями высокого нутритивного риска согласно приложению 14;

по шкале нутритивного риска (NSR) согласно приложению 15;

в соответствии с клинической диагностикой саркопении согласно приложению 16;

инструментальными методами: биоимпедансный анализ состава тела человека; двойная рентгеновская абсорбциометрия; инфракрасная спектроскопия.

114. Целями лечения СПП являются:

купирование (уменьшение) симптомов;

предотвращение развития мальнутриции.

115. Медицинскими показаниями для госпитализации пациента с СПП являются:

хронический СПП II–III степени (пациент госпитализируется в хирургическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

острый СПП (пациент госпитализируется в хирургическое отделение РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

хронический СПП II–III степени, рефрактерный к медикаментозной терапии при необходимости повторного хирургического вмешательства (пациент госпитализируется в хирургическое отделение ООЗ).

116. Лечение СПП включает:

116.1. комплекс мероприятий по коррекции питания и образа жизни;

116.2. симптоматическую фармакотерапию с назначением:

регидратационной терапии: медицинская профилактика дегидратации при диарее согласно приложению 17; лечение обезвоживания согласно приложению 18; назначение раствора пероральной регидратационной соли (далее – ПРС) с низкой осмолярностью согласно приложению 19;

прокинетики: домперидон (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг) внутрь по 10 мг 3 раза в сутки, 1 неделя или итоприд (таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг) по 50 мг 2–3 раза в сутки до 4 недель, или метоклопрамид (таблетки, 10 мг) внутрь 2–3 раза в сутки (с промежутком между приемами не менее 6 часов), кратковременно (не более 5 дней), или в тяжелых случаях – раствор метоклопрамида (раствор для инъекций 5 мг/мл 2 мл) по 10 мг парентерально 1–3 раза в сутки (с промежутком между введениями не менее 6 часов);

миотропных спазмолитиков: дротаверин (таблетки 40 мг, 80 мг) внутрь по 40–80 мг 2–3 раза в сутки до 5 дней или мебеверин гидрохлорид (таблетки 200 мг) внутрь 200 мг 2 раза в сутки до 14 дней, или отилония бромид (таблетки 40 мг) внутрь 40 мг 3 раза в сутки до 14 дней, или тримебутин (таблетки 100 мг, 300 мг) внутрь 100–300 мг 2–3 раза в сутки до 28 дней, или гиосцина бутилбромид (таблетки 10 мг) внутрь 3 раза в сутки до 14 дней;

панкреатина (капсулы с кишечнорастворимой, pH чувствительной оболочкой, в виде микрогранулированных форм с размером равным или менее 2,0 мм (микросферы, микрокапсулы, пеллеты) из расчета 10000–25000 тыс. ЕД Ph. Eur. липазы на каждый прием пищи и 10000 тыс. ЕД Ph. Eur. липазы на перекус (при наличии клинических признаков вторичной экзокринной панкреатической недостаточности).

Хирургическое вмешательство показано в случае:

острого СПП по экстренным медицинским показаниям;

хронического СПП II–III степени, рефрактерного к фармакотерапии.

117. Медицинское наблюдение пациентов с СПП в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

Медицинское наблюдение пациентов при СПП осуществляется врачом-хирургом (при отсутствии врачом – терапевтом участковым (врачом общей практики) до исчезновения симптомов.

Приложение 1
к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Диагностика заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

| № п/п | Наименование заболевания (синдрома) | Шифры по МКБ-10 | Диагностика | |
|-------|-------------------------------------|-----------------|---|--|
| | | | обязательная | дополнительная |
| 1 | ГЭРБ | K21.0; K21.9 | Измерение длины тела, масса тела, ИМТ. ОАК. Общий анализ мочи (далее – ОАМ). БИК: глюкоза, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ. Электрокардиограмма (далее – ЭКГ). ЭГДС с гастробиопсией, при подозрении на пищевод Барретта – с биопсией слизистой оболочки дистального отдела пищевода | Рентгенография пищевода и желудка с контрастированием, при необходимости – исследование на трохоскопе (при дисфагии, подозрении на ГПОД). УЗИ ОБП (при симптомах диспепсии). Суточная внутрипищеводная рН-метрия (импедансометрия) (при отсутствии эффекта от стандартной терапии, отсутствии типичных симптомов, подозрении на функциональное заболевание пищевода). Эндоскопия пищевода с увеличением (при пищеводе Барретта или подозрении на него), хромоэндоскопия. Терапевтический тест с ИПП (при загрудинной боли или других симптомах, связь которых с рефлюксом требуется уточнить). Консультация врача-кардиолога, проба с физической нагрузкой (велозергометрия, тредмил), холтеровское мониторирование ЭКГ (далее – ХМ ЭКГ) (при болях в грудной полости). Консультация врача-оториноларинголога (при наличии соответствующих атипичных симптомов). Консультация врача-пульмонолога (при хроническом кашле, симптомах бронхоспазма). Консультация врача-онколога (при пищеводе Барретта с дисплазией) |
| 2 | ЭоЭ | K20; K22.2 | Измерение длины тела, массы тела, ИМТ. ОАК с определением числа эозинофилов. ОАМ. БИК: глюкоза, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ. ЭКГ. | Рентгенография пищевода и желудка с контрастированием, при необходимости – исследование на трохоскопе (при дисфагии), с целью определения наличия и распространенности стриктур. УЗИ ОБП (при симптомах диспепсии). Суточная внутрипищеводная рН-метрия (импедансометрия) (для верификации сочетания с ГЭРБ). |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | | | ЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода (не менее 6 биоптатов: по 3 из дистального и среднего (проксимального) сегментов пищевода), а также биопсия из желудка и двенадцатиперстной кишки (для исключения эозинофильного поражения) | Манометрия пищевода высокого разрешения (для оценки сократительной функции пищевода и нижнего пищеводного сфинктера). ЭГДС высокого разрешения, хромоэндоскопия. Консультация врача-эндоскописта, врача-хирурга (при стриктурах и сужении пищевода). Консультация врача – аллерголога-иммунолога (при симптомах пищевой аллергии). Консультация врача-кардиолога, проба с физической нагрузкой (велоэргометрия, тредмил), ХМ ЭКГ (при болях в грудной полости) |
| 3 | Гастродуоденальные язвы; НПВП-гастропатия | K25–K30; Y40; Y41; Y42; Y43; Y44; Y45 | Измерение длины тела, массы тела, ИМТ. ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, ХС, мочевины, креатинин. ЭКГ. ЭГДС; при язве желудка – биопсия краев язвы (в случае язвы желудка, осложненной кровотечением, биопсия выполняется при контрольной ЭГДС, во время которой не выявлено признаков кровотечения) (3–4 биоптата) для исключения малигнизации и биопсия вдали от края язвы – для гистологической диагностики гастрита и оценки Нр-инфекции. Определение Нр-инфекции (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-инфекции в кале, или определение антител к Нр-инфекции в сыворотке крови*. УЗИ ОБП | Определение групп крови по системам АВО и резус (при наличии симптомов кровотечения). Общий белок (при нарушении статуса питания). ЩФ, ГГТП, амилаза (при повышении АсАТ, АлАТ, ХС). Электролиты крови (при рвоте). Железо, ферритин (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 внутрипищеводная рН-метрия (импедансометрия) (при язвах, резистентных к стандартной антисекреторной терапии). Консультация врача-хирурга (при наличии осложнений: кровотечение; пенетрация; перфорация; пилородуоденальный стеноз). Консультация врача-онколога (при диагностике ракового изъязвления, при малигнизации язвы), при дисплазии тяжелой степени. Эндосонография поджелудочной железы (при подозрении на гастриному) |
| 4 | Хронический гастрит | K29.3; K29.4; K29.5; | Измерение длины тела, массы тела, ИМТ. ОАК. ОАМ. | Определение Нр-инфекции методами, отличными от гистологического (при необходимости быстрого ответа, сомнительных результатах гистологического исследования): быстрый уреазный тест или дыхательный ¹³ С-тест, или определение антигенов Нр-инфекции в кале. |

| | | | | |
|---|-----------|---|---|--|
| | | <p>K29.6; K29.7; K29.8; K29.9</p> | <p>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 гастрита, ассоциированного с Нр-инфекцией, пациентам, 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 антител к Нр-инфекции в сыворотке крови (в случае имевшего место за последние 2 недели приема ИПП, за последние 4 недели приема любых антибактериальных ЛП или при тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка, или в случаях желудочно-кишечного кровотечения. Серологическое исследование не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе). Развернутый ОАК, включая MCV, MCH, ретикулоциты (при активном хеликобактерном гастрите, ассоциированном с анемией). Пепсиноген I и II сыворотки крови (для серологической диагностики атрофического гастрита при отсутствии или сомнительных результатах гистологического исследования биоптатов желудка). Железо, ферритин (при активном хеликобактерном гастрите, ассоциированном с анемией, или подозрении на латентный дефицит железа). Витамин B12, антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла (при атрофии в теле желудка в сочетании с симптомами макроцитарной анемии). Консультация врача-гематолога, стеральная пункция (при подозрении на B12-дефицитную анемию). УЗИ щитовидной железы, тиреотропный гормон (далее – ТТГ) и антитела к тиреоидной пероксидазе (далее – АТ-ТПО) (при аутоиммунном гастрите). При превышении верхней границы референсного диапазона ТТГ, АТ-ТПО – консультация врача-эндокринолога. Консультация врача-онколога (при наличии дисплазии тяжелой степени). 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> |
| 5 | Диспепсия | K30 | <p>Измерение длины тела, массы тела, ИМТ. ОАК.</p> | <p>Рентгеноконтрастное исследование желудка, релаксационная рентгеноконтрастная дуоденография (при подозрении на гастростаз, дуоденостаз).</p> |

| | | | | |
|---|-----------------|-------|---|--|
| | | | <p>ОАМ.</p> <p>БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, ХС, мочевины, креатинин.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>УЗИ ОБП.</p> <p>Определение Нр-инфекции (до начала лечения): гистологически или быстрый уреазный тест, или дыхательный ¹³С-тест, или определение антигенов Нр-инфекции в кале, или определение антител к Нр-инфекции в сыворотке крови.</p> <p>ЭГДС с гастробиопсией (осуществляется при любом из следующих случаев: наличие симптомов тревоги независимо от возраста; возраст старше 30 лет; при отсутствии эффекта от лечения)</p> | <p>Суточная внутрипищеводная рН-метрия (импедансометрия) (при отсутствии эффекта от стандартной терапии).</p> <p>Консультация врача-психотерапевта (при неэффективности стандартной терапии)</p> |
| 6 | Демпинг-синдром | К91.1 | <p>Оценка статуса питания.</p> <p>ОАК.</p> <p>ОАМ.</p> <p>БИК: глюкоза, альбумин, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, альфа-амилаза; электролиты (калий, натрий, хлориды), СРБ, сывороточное железо, ферритин.</p> <p>Модифицированный пероральный тест толерантности к глюкозе (75 г глюкозы, растворенной в 200 мл воды) с 30-минутными интервалами (в течение трех часов измеряются концентрация глюкозы в крови, уровень гематокрита, ЧСС и АД).</p> <p>ЭКГ.</p> <p>ЭГДС с биопсией слизистой оболочки, в том числе из культы желудка и гастроэнтероанастомоза (или эзофагоэнтероанастомоза).</p> <p>Пассаж бария для определения ускоренной эвакуации из культы желудка и по тонкой кишке.</p> <p>УЗИ ОБП</p> | <p>Водородный дыхательный тест с глюкозой.</p> <p>Илеоколоноскопия.</p> <p>Компьютерная томография (далее – КТ) (либо магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) ОБП с внутривенным контрастированием и контрастированием пищеварительного тракта.</p> <p>Энтерография.</p> <p>Магнитно-резонансная холангиопанкреатография</p> |
| 7 | СПП | К91.2 | <p>Оценка статуса питания.</p> <p>ОАК.</p> <p>ОАМ.</p> <p>БИК: глюкоза, альбумин, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, альфа-амилаза; электролиты (калий, натрий, хлориды), СРБ, сывороточное железо, ферритин.</p> | <p>Илеоколоноскопия.</p> <p>КТ или МРТ ОБП с внутривенным контрастированием и контрастированием пищеварительного тракта.</p> <p>Энтерография.</p> <p>Водородный дыхательный тест с глюкозой или галактозой</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Копрограмма. ЭКГ. ЭГДС с биопсией слизистой оболочки, в том числе из гастроэнтероанастомоза или эзофагоэнтероанастомоза. Обзорная рентгенография ОБП. Пассаж бария для определения эвакуации из культи желудка и по тонкой кишке. УЗИ ОБП. Консультация врача-хирурга</p> | |
|--|--|--|--|

* Антитела к Нр-инфекции в сыворотке крови могут определяться в случае приема ИПП за последние 2 недели, приема любых антибактериальных ЛП за последние 4 недели или при тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка, или в случаях желудочно-кишечного кровотечения. Серологическое исследование не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе.

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Терапевтический тест с ИПП

| | |
|-----------------------|---|
| Медицинские показания | наличие атипичных пищеводных или внепищеводных симптомов, подозрительных на ГЭРБ; необходимость подтверждения связи симптомов с гастроэзофагельным рефлюксом |
| Методика | до начала теста регистрируются частота и тяжесть симптомов; прием ИПП в высокой дозе (двойная доза утром и стандартная доза вечером) в течение 7–14 дней, продолжается регистрация частоты и тяжести симптомов |
| Оценка | положительный тест – уменьшение симптомов на 50 % и более или исчезновение; отрицательный тест – нет существенных изменений симптомов |
| Интерпретация | положительный тест подтверждает диагноз ГЭРБ |

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Стандартные дозы ИПП

| № п/п | Международное непатентованное наименование | Форма выпуска | Стандартная доза |
|-------|--|--|------------------|
| 1 | Омепразол | капсулы | 20 мг |
| 2 | Пантопразол | таблетки, кишечнорастворимые, покрытые пленочной оболочкой | 40 мг |
| 3 | Лансопразол | капсулы | 30 мг |
| 4 | Рабепразол | таблетки, кишечнорастворимые, покрытые пленочной оболочкой | 20 мг |
| 5 | Эзомепразол | капсулы, таблетки, кишечнорастворимые, покрытые пленочной оболочкой | 20 мг |

Приложение 4
к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Шкала активности ЭоЭ*

| № п/п | Баллы | 1 балл | 2 балла | 4 балла | 15 баллов |
|-------|---|--|--|--|--|
| 1 | Описание | Симптомы и осложнения | | | |
| 1.1 | Симптомы | Еженедельно | Ежедневно | Много раз за день или нарушают социальную активность | – |
| 1.2 | Осложнения | – | Вклинивание пищи в пищевод с экстренным обращением за медицинской помощью | Вклинивание пищи в пищевод с экстренным обращением за медицинской помощью. Госпитализация в связи с ЭоЭ | Перфорация пищевода. Дефицит массы тела. Рефрактерное течение ЭоЭ, необходимость прибегать к элементной диете, ГКС, терапии иммуномодуляторами |
| 2 | Характеристика активности воспаления | | | | |
| 2.1 | Эндоскопические особенности (отек, борозды, экссудат) | Локализованные | Диффузные | – | – |
| 2.2 | Гистологические особенности | 15–60 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения | Более 60 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения | – | – |
| 3 | Характеристика подслизистого фиброза | | | | |
| | Эндоскопические особенности (кольца, стриктуры) | Легко проходимы для эндоскопа | Присутствуют, требуют дилатации или расширяются при затрудненном прохождении эндоскопа | – | Стандартный эндоскоп не проходит, повторяющиеся дилатации в возрасте старше 18 лет или хотя бы 1 дилатация в возрасте до 18 лет |

* Заполняется на каждом визите пациента с оценкой клинико-эндоскопической активности ЭоЭ:
неактивный: менее 1 балла;
легкая степень: 0–6 баллов;
средняя: 7–14 баллов;
высокая: более 15 баллов.

Приложение 5

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Шкала EREFS

| № п/п | Критерии | Степень | Характеристика |
|-------|------------------------|---------|---|
| 1 | Эксудат (Exudates) | 0 | Отсутствует |
| | | 1 | Слабый (белый налет, покрывающий до 10 % поверхности пищевода) |
| | | 2 | Сильный (белый налет, покрывающий более 10 % поверхности пищевода) |
| 2 | Кольца (Rings) | 0 | Отсутствуют |
| | | 1 | Слабые (тонкие циркулярные кольца при растяжении пищевода) |
| | | 2 | Умеренные (четкие циркулярные кольца, не препятствующие проведению стандартного взрослого эндоскопа диаметром 8,5–9 мм) |
| | | 3 | Сильные (четкие циркулярные кольца, препятствующие проведению стандартного взрослого эндоскопа диаметром 8,5–9 мм) |
| 3 | Отек (Edema) | 0 | Отсутствует (выраженный сосудистый рисунок) |
| | | 1 | Слабый (уменьшение выраженности сосудистого рисунка) |
| | | 2 | Сильный (отсутствие сосудистого рисунка) |
| 4 | Борозды (Furrows) | 0 | Отсутствуют |
| | | 1 | Слабые (вертикальные линии без видимого углубления) |
| | | 2 | Сильные (вертикальные линии с выраженным углублением (вдавлением) в слизистую оболочку) |
| 5 | Стриктуры (Strictures) | 0 | Отсутствуют |
| | | 1 | Присутствуют |

Приложение 6

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Основные эрадикационные протоколы

| № п/п | Название эрадикационного протокола | Содержание эрадикационного протокола | Длительность лечения (дни) |
|-------|--|--|----------------------------|
| 1 | Стандартная висмут-содержащая квадротерапия | ИПП в стандартной дозе внутрь 2 раза в сутки + коллоидного висмута трикалия дицитрата (таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг) внутрь по 120 мг 4 раза в сутки за 30 минут до еды, последний прием возможен на ночь; + тетрациклин (таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг) внутрь 500 мг 4 раза в сутки; + метронидазол (таблетки 250 мг) внутрь 500 мг 3 раза в сутки во время или после еды | 10–14 |
| 2 | Висмут-содержащая квадротерапия с фуразолидоном и амоксициллином | ИПП в стандартной дозе внутрь 2 раза в сутки + коллоидного висмута трикалия дицитрата (таблетки, покрытые оболочкой 120 мг) внутрь по 240 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды; + амоксициллин (таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; капсулы 500 мг) внутрь 1000 мг 2 раза в сутки; + фуразолидон (таблетки 50 мг) внутрь 200 мг 2 раза в сутки | 14 |

| | | | |
|---|---|---|-------|
| 3 | Левифлоксацин-содержащая тройная терапия | ИПП в стандартной дозе внутрь 2 раза в сутки + левифлоксацин (таблетки, капсулы) внутрь 500 мг 2 раза в сутки; + амоксициллин (таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; капсулы 500 мг) внутрь 1000 мг 2 раза в сутки | 10–14 |
| 4 | Висмут-содержащая квадротерапия с левифлоксацином | ИПП в стандартной дозе внутрь 2 раза в сутки + левифлоксацин (таблетки, капсулы) внутрь 500 мг 2 раза в сутки; + амоксициллин (таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; капсулы 500 мг) внутрь 1000 мг 2 раза в сутки; + коллоидного висмута трикалия дицитрата (таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг) внутрь по 240 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды | 14 |
| 5 | Тройная терапия с рифабутином | ИПП в стандартной или двойной дозе внутрь 2 раза в сутки + амоксициллин (таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; капсулы 500 мг) внутрь 1000 мг 2 раза в сутки; + рифабутин (капсулы 150 мг) внутрь 300 мг 1 раз в сутки или внутрь 150 мг 2 раза в сутки | 10 |
| 6 | Оптимизированная висмут-содержащая квадротерапия | ИПП в двойной дозе внутрь 2 раза в сутки + коллоидного висмута трикалия дицитрата (таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг) внутрь по 120 мг 4 раза в сутки за 30 минут до еды, последний прием возможен на ночь; + тетрациклин (таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг) внутрь 500 мг 4 раза в сутки; + метронидазол (таблетки 250 мг) внутрь 500 мг 4 раза в сутки во время или после еды | 14 |
| 7 | Оптимизированная тройная терапия | ИПП в двойной дозе внутрь 2 раза в сутки + кларитромицин (таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг) внутрь 500 мг 2 раза в сутки; + амоксициллин (таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; капсулы 500 мг) внутрь 1000 мг 2 раза в сутки | 14 |
| 8 | Оптимизированная сопутствующая квадротерапия | ИПП в двойной дозе внутрь 2 раза в сутки + кларитромицин (таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг) внутрь 500 мг 2 раза в сутки; + амоксициллин (таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; капсулы 500 мг) внутрь 1000 мг 2 раза в сутки; + метронидазол (таблетки 500 мг) внутрь 500 мг 2 раза в сутки во время или после еды | 14 |

Приложение 7

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Степени риска развития гастроинтестинальных осложнений

| № п/п | Группы риска | Характеристика |
|-------|----------------|---|
| 1 | Низкий риск | Отсутствие факторов риска |
| 2 | Умеренный риск | Возраст старше 60 лет и (или) любой из следующих факторов риска: прием высоких доз НПВП; прием нескольких НПВП; сопутствующий прием низких доз АСК или других антитромбоцитарных ЛП, ГКС, антикоагулянтов, СИОЗС; наличие тяжелой сопутствующей патологии; лечение в отделении анестезиологии и реанимации; Нр-инфекция; курение; употребление алкогольных напитков |
| 3 | Высокий риск | Наличие осложненной (неосложненной) язвы в анамнезе или 2 и более фактора риска (возраст старше 60 лет и (или) любой из следующих факторов риска: прием высоких доз НПВП; прием нескольких НПВП; сопутствующий прием низких доз АСК или других антитромбоцитарных ЛП, ГКС, антикоагулянтов, СИОЗС; наличие тяжелой сопутствующей патологии; лечение в отделении анестезиологии и реанимации; Нр-инфекция; курение; употребление алкогольных напитков) |

Приложение 8

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Алгоритм оценки морфологических изменений слизистой оболочки желудка

| | |
|---|---|
| Методика забора биоптатов: | два фрагмента из антрального отдела желудка в 2 см от привратника (по большой и малой кривизне), два фрагмента из тела желудка (по большой и малой кривизне), примерно в 8 см от кардии. Биоптаты из каждого отдела желудка помещаются в отдельные флаконы и соответствующим образом маркируются. Биопсия для стадирования по OLGA включает забор 2 фрагментов из антрального отдела в 2 см от пилоруса по малой и большой кривизне, 1 фрагмента из угла желудка в тот же флакон и 2 фрагментов из тела желудка примерно в 8 см от кардии по большой и малой кривизне; при наличии очаговых изменений дополнительные биоптаты забираются из них и помещаются в отдельные флаконы. При проведении эндоскопии по экстренным медицинским показаниям, перед или во время проведения различных методов лечения (хирургического, фармакотерапии) проведение биопсии при отсутствии видимых дефектов, изменений слизистой является необязательным. При отсутствии результатов биопсии врач-эндоскопист при наличии медицинских показаний дает рекомендации о проведении повторной ЭГДС с биопсией |
| Оценка топографии гастрита: | антральный; фундальный; пангастрит |
| Оценка морфологических изменений слизистой оболочки желудка | 0 – нет; 1+ – незначительное проявление; 2+ – умеренное проявление; 3+ – выраженное проявление |
| Оцениваемые изменения: | активность: по полиморфноядерной, в основном нейтрофильной, инфильтрации; выраженность хронического воспаления: по мононуклеарной, преимущественно лимфоцитарной, инфильтрации; атрофия: по уменьшению числа специализированных glanduloцитов; кишечная метаплазия: по наличию интестинальных клеток; |

| | |
|--|--|
| | обсеменение Нр-инфекцией: по количеству микробных тел при увеличении x 360 (1+ – до 20 микробных тел в поле зрения; 2+ – до 50; 3+ – более 50 микробных тел в поле зрения) |
|--|--|

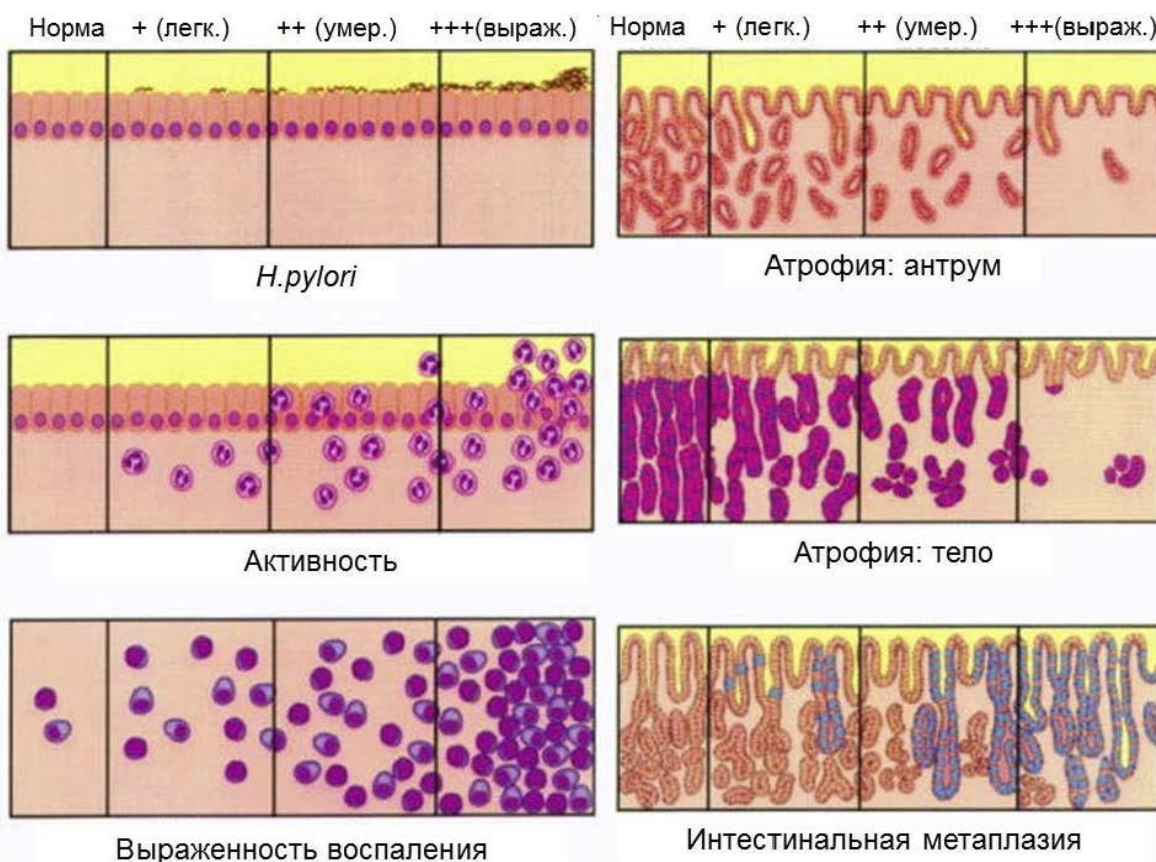
Приложение 9

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Визуально-аналоговая шкала для оценки морфологических изменений

Приложение 10

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»



Градационная система OLGA

| Выраженность атрофии (метаплазии)* | | Тело желудка | | | |
|------------------------------------|-----------|--------------|------------|------------|------------|
| | | нет | 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 |

* Выраженность атрофии (метаплазии) определяется по проценту атрофированных и (или) метаплазированных желез с учетом всех биоптатов из данного отдела желудка: менее 30 % – легкая атрофия (метаплазия), 30–60 % – умеренная атрофия (метаплазия), более 60 % – тяжелая атрофия (метаплазия).

Приложение 11

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Оценка степени тяжести заболевания

| № п/п | Оценка | Описание |
|-------|----------------------------------|--|
| 1 | Оценка частоты симптомов | редкие: 2 раза в неделю и реже; средней частоты: три и более раз в неделю, но не каждый день; частые: ежедневно |
| 2 | Оценка степени тяжести симптомов | легкая (симптомы заболевания могут игнорироваться, не влияют на обычный ритм и работоспособность); средняя (симптомы заболевания не могут игнорироваться и влияют на повседневный ритм и активность пациента); тяжелая (симптомы заболевания сильно изменяют повседневный, обычный распорядок дня и активность пациента); очень тяжелая (пациент нуждается в отдыхе, ЛП и медицинском наблюдении) |

Приложение 12

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Система диагностических баллов Сигстада*

| № п/п | Симптомы | Баллы |
|-------|---|-------|
| 1 | Шок | +5 |
| 2 | Обморок, синкопальное состояние, потеря сознания | +4 |
| 3 | Желание лечь или сесть | +4 |
| 4 | Одышка, диспноэ | +3 |
| 5 | Слабость, утомление | +3 |
| 6 | Сонливость, дремота, апатия, засыпание | +3 |
| 7 | Учащенное сердцебиение | +3 |
| 8 | Беспокойство | +2 |
| 9 | Головокружение | +2 |
| 10 | Головные боли | +1 |
| 11 | Ощущение жара, потливость, бледность, липкость кожи | +1 |
| 12 | Тошнота | +1 |
| 13 | Ощущение переполнения живота, метеоризм | +1 |
| 14 | Урчание в животе | +1 |
| 15 | Отрыжка | -1 |
| 16 | Рвота | -4 |

* Оценка более 7 баллов свидетельствует о наличии демпинг-синдрома; оценка менее 4 баллов свидетельствует о наличии других заболеваний.

Приложение 13

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Оценка статуса питания по ИМТ

| № п/п | ИМТ | Оценка статуса питания |
|-------|--------------|---|
| 1 | 18,5–24,9 | норма |
| 2 | 17,0–18,4 | недостаточность питания легкой степени |
| 3 | 16,0–16,90 | недостаточность питания средней степени |
| 4 | менее 16 | недостаточность питания тяжелой степени |
| 5 | 25,0–29,9 | избыточная масса тела |
| 6 | 30,0–34,9 | ожирение 1 степени |
| 7 | 35,0–39,9 | ожирение 2 степени |
| 8 | 40,0 и более | ожирение 3 степени |

Приложение 14

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Критерии высокого нутритивного риска

| | |
|---|---|
| 1 | Потеря веса более 10–15 % за 6 месяцев |
| 2 | ИМТ < 18,5 кг/м ² |
| 3 | Балл по шкале скрининга нутритивного риска (NSR) ≥ 3 |
| 4 | Сывороточный альбумин < 30 г/л (при отсутствии дисфункции печени или почек) |

Приложение 15

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Шкала нутритивного риска (NSR)

| | |
|--|--|
| Начальный этап оценки – выбор пациентов, которым требуется скрининг по шкале нутритивного риска (NSR): | |
| 1 | ИМТ < 20,5 кг/м ² ? |
| 2 | Похудел ли пациент за последние 3 месяца? |
| 3 | Снизилось ли употребление пищи за последнюю неделю? |
| 4 | Находится ли пациент в тяжелом состоянии (нуждается в интенсивной терапии)? |
| При положительном ответе на один или несколько вопросов осуществляется скрининг по шкале нутритивного риска (NSR), который включает: | |
| 1) оценку наличия недостаточности питания: | |
| Нет (0 баллов) | Нормальный статус питания |
| Легкая (1 балл) | Потеря веса > 5 % за 3 месяца или употребление пищи < 50–75 % от нормы за последнюю неделю |
| Умеренная (2 балла) | Потеря веса > 5 % за 2 месяца или ИМТ 18,5–20,5 кг/м ² + нарушенное общее состояние, или употребление пищи 25–50 % от нормы за последнюю неделю |

| | |
|--|--|
| Тяжелая (3 балла) | Потеря веса > 5 % за 1 месяц (15 % за 3 месяца) или ИМТ < 18,5 кг/м ² + нарушенное общее состояние, или употребление пищи < 25 % от нормы за последнюю неделю |
| 2) оценку тяжести заболевания: | |
| Нет (0 баллов) | Нормальные потребности в питании |
| Легкая (1 балл) | Перелом бедра, хронические заболевания: цирроз печени, хроническая обструктивная болезнь легких, хронический гемодиализ, сахарный диабет, онкологические заболевания |
| Умеренная (2 балла) | Большие абдоминальные хирургические вмешательства, острое нарушение мозгового кровообращения, тяжелая пневмония, гематологические злокачественные опухоли |
| Тяжелая (3 балла) | Травмы головы, трансплантация костного мозга, цирроз печени с тяжелой инфекцией, пациенты отделений интенсивной терапии (балл по шкале АРАСНЕ II > 10) |
| 3) определение общего балла: | |
| Общий балл = балл недостаточности питания + балл тяжести заболевания + 1 балл (если возраст пациента > 70 лет) | |

Приложение 16

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Клиническая диагностика саркопении*

| № п/п | Показатель | Значение, при котором диагностируется саркопения | Примечание |
|-------|---|---|---|
| 1 | Оценка мышечной массы: | | |
| 1.1 | Антропометрия: | | |
| | скорректированная площадь мышц плеча | < 21,4 см ² для мужчин, < 21,6 см ² для женщин | Определяется по формуле: [(ОП – 3,142 x ТКЖСТ) ² /12,57]–i, где: ОП – окружность плеча, см; ТКЖСТ – толщина кожно-жировой складки над трицепсом, мм; i = 10 для мужчин, i = 6,5 для женщин |
| 1.2 | Биоимпедансный анализ: | | |
| | индекс безжировой массы (FFMI); индекс скелетной мускулатуры (SMI) | < 17 кг/м ² для мужчин, < 15 кг/м ² для женщин; < 8,87 кг/м ² для мужчин, < 6,42 кг/м ² для женщин | – |
| 1.3 | КТ: | | |
| | Индекс скелетной мускулатуры | < 55 см ² для мужчин, < 39 см ² для женщин | Определяется на уровне L3. Используется только, если КТ проводится по другим медицинским показаниям |
| 1.4 | Двойная энергетическая рентгеновская абсорбциометрия: | | |
| | Аппендикулярный индекс скелетной мускулатуры | < 7,26 кг/м ² для мужчин, < 4,45 кг/м ² для женщин | – |
| 2 | Оценка мышечной силы: | | |
| 2.1 | Ручная динамометрия: | | |
| | Сила сжатия, стандартизованная по ИМТ | Мужчины: < 29 кг при ИМТ ≤ 24 кг/м ² , < 30 кг при ИМТ 24,1–28 кг/м ² , < 32 кг при ИМТ > 28 кг/м ² . Женщины: < 17 кг при ИМТ ≤ 23 кг/м ² , < 17,3 кг при ИМТ 23,1–26 кг/м ² , < 18 кг при ИМТ 26,1–29 кг/м ² , < 21 кг при ИМТ > 29 кг/м ² | – |

| | | | |
|-----|---------------------------------|---|--|
| 3 | Оценка физических возможностей: | | |
| 3.1 | Вставание и ходьба на время | Время, которое требуется, чтобы встать со стула, пройти 3 метра, развернуться, вернуться обратно к стулу и сесть, составляет > 10 с | – |
| 4 | Использование опросника SARC-F | | |
| | Компонент | Вопрос | Оценка |
| | Сила | Насколько выраженные затруднения вы испытываете, чтобы поднять и нести вес 4,5 кг? | Никаких = 0 Некоторые = 1 Выраженные или не в состоянии = 2 |
| | Помощь при ходьбе | Насколько выраженные затруднения вы испытываете при ходьбе по комнате? | Никаких = 0 Некоторые = 1 Выраженные, нуждаюсь в помощи или не в состоянии = 2 |
| | Вставание со стула | Насколько выраженные затруднения вы испытываете при со стула или кровати? | Никаких = 0 Некоторые = 1 Выраженные или не в состоянии без посторонней помощи = 2 |
| | Подъем по лестнице | Насколько выраженные затруднения вы испытываете при подъеме на пролет из 10 ступеней? | Никаких = 0 Некоторые = 1 Выраженные или не в состоянии = 2 |
| | Падения | Сколько раз за последний год вы падали? | Ни разу = 0 1–3 раза = 1 4 или более раз = 2 |

* Сумма баллов ≥ 4 является предиктором саркопении и плохого прогноза.

Приложение 17

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Медицинская профилактика дегидратации при диарее

| | |
|---|---|
| Обильное питье (можно пить, сколько хочется): | |
| можно пить: | нельзя пить: |
| раствор ПРС; рисовый отвар с солью или без; йогуртовый напиток; овощной или куриный суп; раствор: соль 3 г/л (полная чайная ложка без верха) + сахар 18 г/л; питьевая вода; некрепкий чай без сахара; свежеприготовленный фруктовый сок без сахара | газированные прохладительные напитки; фруктовые соки с сахаром; чай с сахаром; кофе; лечебные чаи или инфузионные растворы, обладающие стимулирующим, мочегонным или слабительным действием |

Приложение 18

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Лечение обезвоживания

| | |
|-------------------------|--|
| Степень обезвоживания | Терапия |
| Умеренное обезвоживание | Пероральная регидратационная терапия с использованием раствора ПРС: прекратить прием пищи на 4 часа; |

| | |
|-----------------------|--|
| | <p>количество ПРС в первые 4 часа: 2200–4000 мл или (масса тела, кг x 75); переоценка клинических признаков обезвоживания через 4 часа; при умеренном обезвоживании – продолжать прием ПРС, возобновить прием пищи; при тяжелом обезвоживании – внутривенная регидратационная терапия</p> |
| Тяжелое обезвоживание | <p>Внутривенная регидратационная терапия: предпочтительно использовать раствор электролитов для инфузий (Рингера); могут использоваться: натрия хлорид (раствор для инфузий (для инъекций) 9 мг/мл), другие солевые растворы (раствор глюкозы не применяется); количество вводимого внутривенно раствора в первые 30 минут: 30 мл/кг; количество вводимого внутривенно раствора в последующие 2,5 часа: 70 мл/кг; переоценка клинических признаков обезвоживания каждые 1–2 часа; при отсутствии улучшения – увеличение скорости инфузии; пероральный прием раствора ПРС (5 мл/кг в час)</p> |

Приложение 19

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»

Состав раствора ПРС с низкой осмолярностью

| Компонент | Молярная концентрация | Количество |
|--------------|-----------------------|-------------------------|
| Натрий | 75 ммоль/л | натрия хлорид – 2,6 г/л |
| Хлорид | 65 ммоль/л | |
| Калий | 20 ммоль/л | калия хлорид – 1,5 г/л |
| Цитрат | 10 ммоль/л | 2,9 г/л |
| Глюкоза | 75 ммоль/л | 13,5 г/л |
| Осмолярность | 245 моль/л | – |

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

<https://GastroScan.ru/literature/>