



Правительство
Москвы



КОМПЛЕКС
СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
МОСКВЫ



Департамент
здравоохранения
города Москвы



Центр
аналитического развития
социального сектора

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Клинические протоколы
лечения

Согласовано: Бордин Д.С., д. м. н., профессор, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель отдела патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

МОСКВА
2 0 2 1

Правительство Москвы
Комплекс социального развития города Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Бордин Д. С., Бакулин И. Г., Березина О. И., Быкова С. В., Винницкая Е. В.,
Гуляев П. В., Дубцова Е. А., Князев О. В., Кучерявый Ю. А., Ливзан М. А., Маев И. В.,
Никонов Е. Л., Никольская К. А., Осипенко М. Ф., Сабельникова Е. А.,
Селезнева Э. Я., Скворцова Т. А., Эмбутникс Ю. В.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Клинические протоколы
лечения

Москва
2021

УДК 616-082:616.3-008.1
ББК 53.0/57.8
С 34

Организация-разработчик:

АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Рецензенты:

Бакулин И. Г., Кучерявый Ю. А., Ливзан М. А., Маев И. В., Осипенко М. Ф.

С 34 Система поддержки принятия врачебных решений. Гастроэнтерология: Клинические протоколы лечения / Составители: Д.С. Бордин, К.А. Никольская, Бакулин И.Г. [и др.]. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 136 с.

Данные методические рекомендации предназначены для врачей общей практики и врачей-терапевтов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN 978-5-907404-18-2

УДК 616-082:616.3-008.1
ББК 53.0/57.8

ISBN 978-5-907404-18-2

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2021
© АНО «Центр аналитического развития социального сектора», 2021
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021

Составители:

Бордин Дмитрий Станиславович – д.м.н., главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта МКНЦ имени А.С. Логинова, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, профессор кафедры поликлинической терапии и семейной медицины ФПДО, ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, Тверь;

Бакулин И. Г. – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Березина О. И. – к. м. н., старший научный сотрудник лаборатории функциональной диагностики заболеваний пищевода и желудка ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ;

Быкова С. В. – к. м. н., заведующий отделением лечения воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ; ведущий специалист НИИОЗММ;

Винницкая Е. В. – д. м. н., заведующий отделом заболеваний печени ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ;

Гуляев П. В. – д. м. н., главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Консультативно-диагностический центр № 5 Департамента здравоохранения города Москвы»

Дубцова Е. А. – д. м. н., заведующий отделением патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ;

Князев О. В. – д. м. н., заведующий отделением лечения воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ;

Кучерявый Ю. А. – к. м. н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий отделением гастроэнтерологии, Ильинская больница;

Ливзан М. А. – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии, ректор Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Маев И. В. – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета, проректор по учебной работе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН;

Никонов Е. Л. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии Факультета дополнительного профессионального образования (ФДПО) Российского национального исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова;

Никольская К. А. – к. м. н., старший научный сотрудник отделения патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ;

Осипенко М. Ф. – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Абелъникова Е. А. – д. м. н., заместитель директора по научной работе ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ;

Селезнева Э. Я. – д. м. н., заведующий дневным стационаром ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ;

Скворцова Т. А. – к. м. н., главный внештатный детский специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий отделением гастроэнтерологии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»;

Эмбутникс Ю. В. – д. м. н., заведующий отделением патологии верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ.

СОДЕРЖАНИЕ

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ И ЦИРРОЗЫ	05
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ.	25
ДРУГИЕ ФОРМЫ ХОЛЕЦИСТИТА	41
ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	50
НЕИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНТЕРИТ И КОЛИТ	62
ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ	80
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ	94
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	116



ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ И ЦИРРОЗЫ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Заболевание	7
2	Диагностика	8
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	8
2.2.	Осмотр врача	11
2.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	11
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию.	12
2.5.	Обследования	12
2.6.	Консультации специалистов	13
2.7.	Постановка клинического диагноза	13
2.8.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	13
2.9.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	14
3	Лечение	14
3.1.	Немедикаментозное лечение	14
3.2.	Медикаментозное лечение	15
3.3.	Показания к хирургическому лечению	15
4	Наблюдение и ведение	15
4.1.	Хроническое течение гепатита и цирроза печени	15
4.2.	Обострение хронического заболевания	18
4.3.	Критерии оценки качества наблюдения и ведения.	18
5	Приложения	19
5.1.	Литература	19
5.2.	Список сокращений	21
5.3.	Термины и определения.	22
5.4.	Другие приложения	22

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Хронический гепатит – полиэтиологическое диффузное заболевание печени, обусловленное первичным поражением гепатоцитов, продолжающееся без улучшения не менее 6 месяцев и характеризующееся воспалительно-дистрофическими, фиброзными и некротическими изменениями ткани и клеток печени без нарушения дольковой архитектоники печени и признаков портальной гипертензии.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- K71.9 Токсическое поражение печени неуточненной этиологии
- K73.9 Хронический гепатит неуточненный
- K70.1 Хронический гепатит алкогольный
- K71.3 Хронический гепатит лекарственный
- K75.3 Хронический гепатит гранулематозный
- K75.2 Хронический гепатит реактивный неспецифический
- K18.0 Хронический вирусный гепатит В
- K18.2 Хронический вирусный гепатит С
- K73.0 Хронический персистирующий гепатит, не классифицированный в других рубриках
- K73.1 Хронический лобулярный гепатит, не классифицированный в других рубриках
- K73.2 Хронический активный гепатит, не классифицированный в других рубриках
- K73.8 Другие хронические гепатиты, не классифицированные в других рубриках
- K75.4 Аутоиммунный гепатит
- K76.0 Неалкогольная жировая болезнь печени

Цирроз печени – хроническое заболевание печени, различной этиологии, характеризующееся перестройкой печеночной ткани и сосудов, уменьшением количества функционирующих печеночных клеток (гепатоцитов), разрастанием соединительной или жировой ткани.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- K74.3 Первичный билиарный цирроз (первичный билиарный холангит)
- K74.4 Вторичный билиарный цирроз
- K74.5 Билиарный цирроз неуточненный
- K74.6 Другой и неуточненный цирроз печени
- K.70.3 Цирроз печени алкогольный
- K.71.7 Цирроз печени в исходе токсического поражения печени.
Цирроз печени смешанной этиологии

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы пациента:

- Общая слабость
- Усталость
- Дискомфорт или ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи
- Желтуха
- Кожный зуд
- Увеличение живота в объеме
- Сонливость днем, бессонница ночью

Симптомы, синдромы, синдромокомплексы:

1. Клинические симптомы: астенический, диспепсический, отечно-асцитический, синдром желтухи, кожного зуда.
2. Лабораторные синдромы:
 - синдром цитолиза – АЛТ АСТ. ГГТП
 - синдром холестаза – ГГТП ЩФ, о. билирубин/прямой; холестерин (повышение)
 - гипербилирубинемии – о. билирубин/прямой
 - гепатодепрессии – снижение альбумин ПТИ, холестерин (снижение)
 - мезенхимально-воспалительный – IgG IgM, гамма-глобулин, СОЭ, СРБ
 - коагулопатии – МНО ПТИ
 - цитопении – эритроциты, лейкоциты, тромбоциты
 - синдром перегрузки железом (сыв. железо, ферритин, % насыщения трансферрина)
 - синдром шунтирования печени (аммиак)
3. Инструментальные:
 - гепатомегалии
 - спленомегалии
 - портальной гипертензии: расширение воротной и селезеночной вены, спленомегалии, наличие ВРВП
4. Синдромокомплексы:
 - острая печеночная недостаточность
 - портосистемная энцефалопатия
 - портальная гипертензия (кровотечение из ВРВП или желудка)
 - отечно-асцитический
 - гипонатриемия

- гепаторенальный синдром
- спонтанный бактериальный перитонит
- гепато-пульмональный
- гепатокардиальный синдром
- гиперспленизм

Анамнез заболевания:

- Уточнить длительность жалоб, изменения б/х показателей
- Употребление алкоголя
- Обнаружение вирусов: HVB, HCV, HAV, HEV, Эпштейна-Барр, цитомегаловирус
- Наличие аутоиммунных заболеваний
- Наличие факторов метаболического синдрома: СД, ожирения, ГБ, МКБ

Анамнез жизни (наследственный анамнез, алергоанамнез, др. виды анамнеза).

Перечислить

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента):

- аутоиммунный тиреоидит
- псориаз
- витилиго
- СД2
- ожирение
- ГБ
- артриты
- язвенный колит

- кожный васкулит
- синдром Шегрена
- иммунная цитопения
- хронический гломерулонефрит
- смешанная криоглобулинемия
- системная склеродермия
- красная волчанка
- синдром Рейно
- лимфопролиферативные заболевания

2.2. Осмотр врача:

- Кожные покровы: телеангиоэктазии, бледность, желтушность кожных покровов, «голова медузы», пальмарная эритема
- Иктеричность склер
- Увеличение живота за счет асцита избыточно-развитой подкожно-жировой клетчатки
- Следы расчесов
- Увеличение печени, селезенки

2.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

Дифференциальный ряд со следующими циррозами и гепатитами:

- вирусный
- алкогольный
- лекарственный
- метаболический
- болезни накопления (ферритин, медь)

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

Высокий синдром цитолиза (АЛТ выше на 10 от верхней границы нормы (ВГН), холестаза (ГГТП выше 10 ВГН, ЩФ выше 5ВГН), желтуха, печеночная энцефалопатия, острая печеночная недостаточность, гепаторенальный синдром, резистентный асцит

2.5. Обследования

Лабораторные:

- Клинический анализ крови
- Глюкоза
- Билирубин общий
- Билирубин прямой
- АЛТ
- АСТ
- Щелочная фосфатаза
- ГГТ
- Альбумин
- Коагулограмма
- Гепатит В
- Гепатит С
- Сифилис
- ВИЧ
- Альфафетопротеин

Инструментальные:

- УЗИ органов брюшной полости
- Пункционная биопсия печени (по показаниям)
- ЭКГ

2.6. Консультации специалистов

- Гастроэнтеролог
- Инфекционист
- Хирург
- Онколог – по показаниям (при подозрении на цирроз – рак печени)

2.7. Постановка клинического диагноза

- Основной диагноз: цирроз печени алкогольной этиологии. Класс С по Чайлд-Пью 11 баллов (см. Приложение 1).
Осложнения: портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода II ст., асцит III ст., печеночная энцефалопатия II ст.
Сопутствующая патология: сахарный диабет 2 типа.
- Неалкогольный стеатогепатит, низкой биохимической активности, степень фиброза – F2 по METAVIR по данным фиброэластометрии (см. Приложение 2).

2.8. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

К ВОПу:

- УЗИ признаки стеатоза печени, гепатомегалии
- Динамическое наблюдение пациента с хроническим заболеванием печени (согласно рекомендациям из стационара)

К специалисту второго уровня в амбулаторном центре / в референс-центре:

- Синдромы цитолиза, холестаза, гепатодепрессии, коагулопатии, печеночной энцефалопатии, асцита, желтухи
- УЗИ – признаки портальной гипертензии (спленомегалия, расширение воротной и селезеночной вены), УЗИ – признаки внутripеченочной билиарной гипертензии, наличие ВРВП
- Динамическое наблюдение пациента с хроническими заболеваниями печени (согласно рекомендациям из стационара)

2.9. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Сроки постановки диагноза – 10 дней¹
- Доля исследований, проведенных в установленный срок: 100%

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

(изменение образа жизни, лечебная физкультура, физиотерапия, вспомогательные приспособления и устройства, показания к их использованию; обучение, образование пациентов)

- Диета: с исключением алкоголя; с ограничением жиров за счет животных жиров, поваренной соли; исключением рафинированных углеводов (сахара), углеводов с высоким гликемическим индексом, острого, копченого, жирного, жареного; отказ от алкоголя. Режим питания дробный: 5 раз в день, малыми порциями. Все блюда готовят в отварном, запеченном виде или на пару. Диета (по показаниям) с ограничением жидкости, соли, белка (асцит, печеночная энцефалопатия).
- Повышение физической активности (шагомер 7–10 тысяч шагов + аэробные нагрузки 3 р. в неделю по 45–60 мин. (плаванье), по переносимости (пациентам с НАЖБП).
- Снижение веса – медленно! Не более чем на 5–7–10% от исходного за 6 мес.

¹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 № 46740):

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации) в течение 10 дней с момента обращения.

- Исключить прием гепатотоксичных препаратов (нестероидные противовоспалительные средства, транквилизаторы, седативные препараты, все фитопрепараты, биодобавки, настойки).

3.2. Медикаментозное лечение

Лечение назначается узкими специалистами

3.3. Показания к хирургическому лечению

- ВРВП 3 ст, резистентный асцит, желтуха, печеночная недостаточность, гепатоцеллюлярный рак, холангиокарцинома

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение гепатита и цирроза печени

Диспансерное наблюдение. Гепатиты

- **Срок:** до выздоровления.
- **Кратность осмотра:** 1 раз в 3-6 месяцев.
- **Обследования:**
 - Лабораторные: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, билирубин – общий и прямой, АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, общий белок, альбумин), иммуноглобулины, МНО, протромбин по Квику, анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С.
 - Инструментальные: УЗИ ОБП, ЭГДС.

- **Медикаментозное лечение.**

- Базовая схема:

Гепатопротективная (препараты УДХК – 750–1500 мг/сут. после еды, разделить на 3–4 приема; адеметионин – по 800–1600 мг в сут. Курсами до 1–3–6 мес., или постоянно, препараты расторопши – 70–210 мг/сут.

Преднизолон/метипред 30–60–100 в сут. с постепенным снижением до полной отмены, азатиоприн 50–100 мг/сут. (по схемам, рекомендованным специалистами).

Доза подбирается индивидуально, начиная с самой низкой эффективной.

- Критерии коррекции базовой схемы:

Лабораторные: АЛТ, ГГТП, ЩФ, общ. билирубин/фракции, альбумин, IgG.

Профилактика: адекватное питание, ограничение алкоголя, нормальный вес.

- **Маркеры критических состояний и условия передачи на следующий уровень ведения:**

- Клинические: желтуха, энцефалопатия, асцит

- Лабораторные: АЛТ выше 5–10 ВГН, общ. билирубин – выше 3 норм, ГГТП – выше 5 ВГН, ЩФ выше 3ВГН, альбумин – ниже 27 г/л.

Диспансерное наблюдение. Циррозы печени

- **Сроки: постоянно**

- **Кратность осмотра: 1 р. в 3–6 месяцев**

- **Исследования:**

- лабораторные: ОАК, ОАМ. биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, билирубин – общий и прямой, АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, общий белок, альбумин, креатинин, натрий, калий), альфа-фетопротеин, МНО, протромбин по Квику, анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С

- инструментальные: УЗИ ОБП, ЭГДС, ЭКГ

- **Медикаментозное лечение**

- Базовая схема:

Гепатопротективная (препараты УДХК – 750–1000 мг/сут. после еды, разделить на 3–4 приема; адеметионин – по 800 мг x 2 р. в день в первой половине дня. Курсами до 1–3–6 мес., или постоянно)

Диуретическая терапия (спиронолактон (от 50 до 400 мг/сут., разделить на 3–4 приема, фуросемид (от 40 до 80 мг) – под строгим контролем К, Na, креатинина, суточного диуреза, АД.)

Коррекция энцефалопатии (лактолоза (5,0–10,0–20,0 x 1–3 р./сут. – под контролем стула (не чаще 3 р. в стуки) – длительно, L-орнитин L-аспартат (по 1 пакету x 3 р. в стуки – курсами 1 мес; рифаксимин (по 400 мг x 4 р/сут., курсами до 10 дней)

Антибактериальная (ципрофлоксацин по 500 мг x 2 р./сут. до 10 дней или офлоксацин по 400 мг/сут)

Иммуносупрессивная терапия (системные или топические ГКС и/или азатиоприн (по схемам, рекомендованным специалистами).

- Критерии коррекции базовой схемы:

Клинические: купирование/уменьшение асцита, купирование желтухи, купирование/снижение астенического синдрома, купирование /снижение болевого синдрома

Лабораторные: АЛТ, ГГТП, ЩФ, общ. билирубин/фракции, креатинин, калий, натрий, глюкоза, холестерин (его фракции), триглицериды, ферритин, медь (в моче), альбумин, IgG IgM, МНО ПТИ; количество тромбоцитов, лейкоцитов, гемоглобина, эритроцитов (при циррозе и цитопениях), СОЭ

Инструментальные: проведение ЭГДС, УЗИ ОБП, R-графия ОГК

- **Профилактика: адекватное питание, исключение алкоголя, ограничение соли, нормализация массы тела.**

- **Маркеры критических состояний и условия передачи на следующий уровень ведения:**
 - Клинические: желтуха, асцит, энцефалопатия.
 - Лабораторные: АЛТ выше 5–10 ВГН, общ. билирубин – выше 3 норм, ГГТП – выше 5 ВГН, ЩФ выше 3ВГН, альбумин – ниже 27.

4.2. Обострение хронического заболевания

- Причины: прием гепатотоксических препаратов и алкоголя, инсоляция, низкая комплаентность.
- Обследование: АЛТ, общ. билирубин, ГГТП, ЩФ, альбумин.
- Схема лечения: отмена гепатотоксических препаратов, устранение токсических факторов.

4.3. Критерии оценки качества наблюдения и ведения

Достижение целевых количественных показателей лечения и состояния пациента

- Купирование клинических симптомов и улучшение качества жизни, отсутствие необходимости хирургического лечения; снижение частоты госпитализаций, инвалидизации
- Профилактика рецидива заболевания и возникновения осложнений

5 / ПРИЛОЖЕНИЯ

5.1. Литература

1. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: рук-во для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.В. Логинова, А.И. Хазанова – 3-е изд., перераб. и доп. – М., «МЕДпресс-информ», 2013.
2. Болезни печени: Руководство для врачей / С.Д. Подымова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 984 с.
3. Лейшнер У. Аутоиммунные заболевания печени и перекрестный синдром / пер. с нем. А. Шептулин. М.: 2005; 176.
4. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. Ивашкина В.Т., Лапиной Т.А. М.: Гэотар-Медиа, 2008. – 704 с.
5. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения: учебное пособие. 2-е изд. – Медпресс-информ, 2011.
6. Блум С., Вебстер Дж. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии / пер. с англ. / Под ред. В.Т. Ивашкина, И.В. Маева, А.С.Трухманова. – Гэотар-Медиа, 2010.
7. Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. Введение в гепатологию. Гэотар-Медиа, 2011. – 704 с.
8. Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. Цирроз печени и его осложнения. Трансплантация печени. «Гэотар-Медиа», 2012. – 592 с. (серия «Болезни печени по Шиффу»).
9. Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. Алкогольные, лекарственные, генетические и метаболические заболевания. Гэотар-Медиа, 2011. – 480 с. (серия «Болезни печени по Шиффу»).
10. Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. Сосудистые, опухолевые, инфекционные и гранулематозные заболевания. Гэотар-Медиа, 2010. – 360 с. (серия «Болезни печени по Шиффу»).
11. Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. Вирусные гепатиты и холестатические заболевания. «Гэотар-Медиа», 2010. – 408 с. (серия «Болезни печени по Шиффу»).

12. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Белянин С.А., Бобров А.Н., Павлов А.И. Алкогольная болезнь печени. М., ООО Линс-Принт, 2008. – 318 с.
13. Шерлок Ш., Дули Д. Заболевания печени и желчных путей. М.: Гэотар-Мед, 2002. – 859 с.
14. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение/Под ред. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко Н.Н. – Гэотар-Медиа, 2012.
15. Алкогольно-вирусные заболевания печени / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская; Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. – М.: Литтерра, 2007. – 159 с.
16. Аутоиммунные заболевания печени в практике клинициста / В.Т. Ивашкин, А.О. Буеверов. – М.: Издат. Дом «М-Вести», 2001. – 102 с.
17. Билиарные дисфункции: диагностика и лечение. Учебное пособие. Сост.: И.Д. Лоранская, Е.В. Малахова, В.В. Вишневская. М.: РМАПО. 2009. – 20 с.
18. Внутренние болезни. Под. ред. В.Т. Ивашкина, С.Д. Подымовой. М.: Медицина, 2006. 368 с.
19. Гинтер Е.К. Медицинская генетика. М.: Медицина, 2003. – 447 с.
20. Голованова Е.В. Внутрпеченочный холестаза. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011 г. – 148 с.
21. Винницкая Е.В. Спонтанный бактериальный перитонит. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011 г. – 164 с.
22. Диагностика печеночной энцефалопатии и выбор фармпрепарата для лечения печеночной энцефалопатии. Метод. пособие. Сост.: Минушкин О.Н., Ардатская М.Д., Елизарова Н.А. М.: МЗ РФ 2004. – 31 с.
23. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Метаболический синдром и органы пищеварения. М.: Анахарсис, 2009. – 184 с.
24. Первичный склерозирующий холангит. Взгляд терапевта и хирурга / под. ред. И.Е. Хатькова, Е.В. Винницкой. – М.: Литтерра, 2019. – 184 с.
25. Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л. Абдоминальный туберкулез. Ульяновск, 2007. – 162 с.

Периодическая учебная литература

- Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии
- Терапевтический архив
- Доктор.Ру
- Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология
- Фарматека
- Journal of Hepatology

Клинические рекомендации

1. Ивашкин В.Т., Широкова Е.Н., Маевская М. В., Павлов Ч. С., Шифрин И. В., Маев О.С., Трухманов А.С. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза. 2015; 2:42-54.
2. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 182 с.
3. Лечение осложнений цирроза печени. Метод. рекомендации. Сост.: Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Федосьина Е.А. – М.: Литера. – 2011 – 64 с.

5.2. Список сокращений

- АИГ** – аутоиммунный гепатит
- АЛТ** – аланиновая аминотрансфераза
- АСТ** – аспарагиновая аминотрансфераза
- ВГН** – верхняя граница нормы
- ВРВП** – варикозное расширение вен пищевода
- ГГТП** – гаммаглутамилтранспептидаза

- ГКС – глюкокортикостероиды
- ГЦК – гепатоцеллюлярная карцинома
- ЖКК – желудочно-кишечное кровотечение
- УДХК – урсодезоксихолиевая кислота

5.3. Термины и определения

Хронический гепатит – полиэтиологическое диффузное заболевание печени, обусловленное первичным поражением гепатоцитов, продолжающееся без улучшения не менее 6 месяцев и характеризующееся воспалительно-дистрофическими, фиброзными и некротическими изменениями ткани и клеток печени без нарушения дольковой архитектоники печени и признаков портальной гипертензии.

Цирроз печени – хроническое заболевание печени, различной этиологии, характеризующееся перестройкой печеночной ткани и сосудов, уменьшением количества функционирующих печеночных клеток (гепатоцитов), разрастанием соединительной или жировой ткани.

5.4. Другие приложения

Приложение 1

Классификация печеночной недостаточности по Чайлд-Пью

Параметр	Степень патологических изменений	Количество баллов
энцефалопатия	нет	1
	степень 1–2	2
	степень 3–4	3
асцит	нет	1
	умеренный	2
	напряженный	3

Параметр	Степень патологических изменений	Количество баллов
билирубин (мг/дл [мкмоль/л]) при	<2 (<35)	1
	2–3 (35–50)	2
	>3 (>50)	3
альбумин (г/дл)	>3,5	1
	2,8–3,5	2
	<2,8	3
протромбиновое время (выраженное в секундах, превышающих норму/МНО)	<4/<1,7	1
	4–6/1,7–2,3	2
	>6/>2,3	3
Результат (класс)	Сумма баллов	
А	5–6	
В	7–9	
С	10–15	
<p>Интерпретация: класс А – компенсированный цирроз печени: нет показаний к трансплантации печени класс В и С – декомпенсированный цирроз печени: показания к трансплантации печени</p>		

Приложение 2

Классификация METAVIR

Показатель METAVIR – это система классификации, отображающая активность и выраженность фиброза. Записывается этот показатель в виде двухбуквенной и двухцифровой системы кодирования. Например, «F3-A2», «F1-A3», то есть практически любые комбинации из таблицы, представленной ниже, разумеется, кроме вариантов, где в начале идет F0, здесь второй частью может быть только A0.

METAVIR шкала тяжести		METAVIR шкала активности	
Нет фиброза	F0	Нет активности	A0
Портальный фиброз без вовлечения перегородок (септ)	F1	Активность умеренная	A1
Портальный фиброз с вовлечением нескольких перегородок (септ)	F2	Активность средняя	A2
Портальный фиброз с вовлечением множества перегородок, но без цирроза	F3	Активность высокая	A3
Цирроз	F4		



ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Заболевание	27
2	Диагностика	27
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	27
2.2.	Осмотр врача	29
2.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	29
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию.	30
2.5.	Обследования	30
2.6.	Консультации специалистов	32
2.7.	Постановка клинического диагноза	33
2.8.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	33
2.9.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	34
3	Лечение	34
3.1.	Немедикаментозное лечение	34
3.2.	Медикаментозное лечение	35
3.3.	Показания к хирургическому лечению	36
3.4.	Критерии оценки качества лечения	36
4	Наблюдение и ведение	37
4.1.	Хроническое течение заболевания.	37
4.2.	Обострение хронического заболевания	38
4.3.	Критерии оценки качества наблюдения и ведения.	38
5	Регистры по заболеванию	38
5.1.	Требования к регистру по заболеванию – пищевод Барретта	38
6	Приложения	39
6.1.	Литература	39
6.2.	Список сокращений	39
6.3.	Термины и определения.	40
6.4.	Дополнительные приложения	40

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся забросами (рефлюксом) в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, возникающими вследствие нарушений моторно-эвакуаторной функции эзофагогастродуоденальной зоны.

Пищевод Барретта – состояние, при котором специализированный цилиндрический эпителий с бокаловидными клетками замещает нормальный неороговевающий многослойный плоский эпителий дистального отдела пищевода.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом
- K21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита
- K22.7 Пищевод Барретта

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы пациента:

- изжога (чувство жжения различной интенсивности за грудиной в нижней трети пищевода и/или в эпигастральной области)
- регургитация (отрыжка кислым, горьким, пищей)
- загрудинная боль

Симптомы, синдромы, синдромокомплексы

1. Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами (изжога, регургитация, загрудинная боль):
 - классический рефлюксный синдром
 - синдром боли в грудной клетке

2. Синдромы с повреждением слизистой пищевода:
 - рефлюкс-эзофагит
 - пептическая стриктура пищевода
 - пищевод Барретта
3. Внепищеводные синдромы:
 - 3.1. Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена:
 - бронхолегочные – кашель, приступы удушья
 - отоларингологические – осиплость голоса, симптомы ларингита
 - стоматологические – кариес, эрозии эмали зуба
 - 3.2. Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается:
 - фарингит
 - синусит
 - идиопатический фиброз легких
 - рецидивирующий средний отит

Анамнез заболевания

Необходимо оценить начало заболевания (острое или постепенное); частота обострений и длительность ремиссий; наличие или отсутствие изменений в характере жалоб.

Проведение теста с ингибиторами протонной помпы – купирование клинической симптоматики (изжоги) на фоне приема ингибиторов протонной помпы. Обладает чувствительностью и специфичностью для установления диагноза ГЭРБ, в том числе с внепищеводными проявлениями.

- Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза)
 - Наличие факторов риска возникновения ГЭРБ:
 - повышение внутрибрюшного или внутрижелудочного давления (абдоминальное ожирение, беременность, запор, метеоризм, нарушение опорожнения желудка (желудочный или дуоденальный стаз функциональной или органической природы)

- наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- наклоны туловища вперед в течение длительного времени и горизонтальное положение тела
- Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента)
- Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез): спазмолитики, бета-блокаторы, снотворные и седативные средства, нитраты и антагонисты кальция могут способствовать развитию рефлюкса

2.2. Осмотр врача

Специфических физикальных изменений при ГЭРБ не отмечается

2.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Дифференциальный диагноз с заболеваниями:

- Рефлюкс-эзофагит, сопутствующий другим заболеваниям (ЯБ, БОЖ, ахалазия кардии, системная склеродермия, сахарный диабет, и т.д.)
- Эозинофильный эзофагит
- «Гиперчувствительный пищевод»
- «Функциональная изжога»
- Дискинезия пищевода
- С патологией органов дыхания (хроническим бронхитом, бронхиальной астмой)
- С патологией ЛОР-органов (хронический фарингит)
- Заболевания сердца (ишемическая болезнь сердца, заболевания перикарда)
- Заболевания щитовидной железы, характеризующиеся увеличением органа в объеме

- Рак (опухоль) пищевода
- Дивертикул пищевода
- Хронический некалькулезный холецистит (эзофагалгическая форма)
- Язвенная болезнь и рак желудка
- Распространенный остеохондроз позвоночника

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

- Наличие «тревожных симптомов»: дисфагия, одинофагия, рвота, похудение, признаки анемии
- Осложненное течение ГЭРБ
- Неэффективность адекватной терапии на амбулаторном этапе
- Эндоскопическое лечение по поводу пищевода Барретта с протяженным сегментом и морфологическими признаками дисплазии тяжелой степени; пептической стриктуры пищевода
- Показания к проведению фундопликации по поводу ГПОД, хирургическое лечение по поводу осложнений ГЭРБ: язва, стриктура

2.5. Обследования

Лабораторные исследования: лабораторных признаков, характерных для ГЭРБ, нет. Целесообразно проведение клинического анализа крови и анализа кала на скрытую кровь

Лабораторные:

- Клинический анализ крови
- Анализ кала на скрытую кровь
- Неинвазивная диагностика НР (С13-уреазный дыхательный тест для определения *H. pylori*, АТ к НР) – не входит в оплату за счет средств ОМС

Инструментальные

- ЭКГ

- ЭГДС
- Рентгенография пищевода и желудка (по показаниям)

Диагноз ГЭРБ основывается:

- на характерных жалобах (изжога, отрыжка), «реагирующих» на терапию. Диагностическая ценность учета симптомов имеет чувствительность 70% и специфичность 67%;
- инструментальные методы обследования: ЭГДС, суточная или импеданс рН-метрия, эзофагоманометрия, рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ, УЗИ брюшной полости.

Оценка выраженности рефлюкс-эзофагита основывается на Лос-Анджелесской классификации 1984 г.:

- степень А: одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки;
- степень В: одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки;
- степень С: поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода;
- степень D: поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода.

При осложненном течении ГЭРБ (эзофагит ст. D по LA, язва, стриктура, пищевод Барретта, подозрение на эозинофильный эзофагит) – проведение биопсии слизистой оболочки пищевода.

Установление диагноза «пищевод Барретта» требует эндоскопического и обязательно морфологического подтверждения. Для исключения ложных результатов выявления дисплазии эпителия биопсию с участков метаплазированного эпителия пищевода необходимо проводить после курса антисекреторной терапии с целью купирования воспаления, эпителизации эрозий и рубцевания язв пищевода.

Эндоскопические признаки ПБ основываются на Пражских критериях 2004 г.: оценка циркулярного (С) поражения и максимальной протяжен-

ности (М) по складкам. Выявление сегмента метаплазированного эпителия протяженностью более 1 см имеет высокий коэффициент надежности. Данный коэффициент значительно снижен при ультракоротком сегменте кишечной метаплазии.

В настоящее время диагноз ПБ основывается на выявлении специализированного цилиндрического эпителия, т.к. возникновение цилиндроклеточной метаплазии кардиального или фундального типа не повышает риск развития аденокарциномы пищевода.

Морфологический критерий ПБ – метаплазия эпителия слизистой оболочки пищевода по кишечному типу, характеризующаяся наличием крупных бокаловидных клеток, цитоплазма которых содержит вакуоли, заполненные слизью, которая при окраске гематоксилином и эозином окрашивается в голубовато-синий цвет. Обнаружение специфических бокаловидных клеток увеличивается при использовании PAS-реакции или окраске альциановым синим при рН раствора 2,5. Для кишечной метаплазии характерны ворсинчатая архитектура, появление клеток Панета, энтероэндокринных клеток, энтероцитов со щеточной каемкой.

Кишечная метаплазия пищевода представлена двумя видами: полная (тонкокишечная), содержащая интестинальные эпителиоциты и клетки Панета, и неполная (толстокишечная), содержащая только бокаловидные клетки. Неполная толстокишечная метаплазия обладает наибольшим злокачественным потенциалом.

2.6. Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- наличие «тревожных симптомов» (дисфагия, одинофагия, рвота, похудение, анемия, боль за грудиной, кашель и удушье, желудочно-кишечное кровотечение)
- рефрактерное течение ГЭРБ
- подозрение на ГЭРБ с внепищеводными проявлениями
- выявление осложнений ГЭРБ: язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Барретта

Кардиолог и невролог (при наличии жалоб на за грудиной боли)

Пульмонолог (при наличии кашля и бронхиальной астмы и подозрении на их рефлюксную этиологию)

Оториноларинголог (фарингит, ларингит, рецидивирующий средний отит – при подозрении на их рефлюксную этиологию)

Стоматолог (стоматит, эрозии зубной эмали – при подозрении на их рефлюксную этиологию)

Хирург (при выявлении ГПОД; при наличии осложнений ГЭРБ (язва, стриктура пищевода, эрозивный эзофагит, осложненный рецидивирующим кровотечением)

2.7. Постановка клинического диагноза

Основной диагноз:

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- Наличие и степень выраженности эзофагита: эндоскопически негативная стадия, в стадии неэрозивного эзофагита, в стадии эрозивного эзофагита (Лос-Анджелесская классификация)
- Осложнения: пептическая язва пищевода, пептическая стриктура, пищевод Барретта (обязательно оценка наличия дисплазии)

Сопутствующая патология/патологии:

- ГПОД (скользящая/фиксированная)
- Дискинезия пищевода

2.8. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

К ВОПу:

- Неосложненное течение ГЭРБ

К специалисту второго уровня в амбулаторном центре:

- При возникновении «симптомов тревоги» (дисфагия, снижение массы тела, анемия, боль за грудиной, кашель и удушье, желудочно-кишечное кровотечение) требуется направить больного на консультацию и обследование к гастроэнтерологу.

В референс-центре (гастроэнтеролог)*

- пищевод Барретта
- пептическая язва, стриктура пищевода, эрозивный эзофагит ст. CD по LA
- ГЭРБ с внепищеводными проявлениями

* Медицинский центр экспертного уровня (например, МКНЦ им А.С. Логинова)

2.9. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Сроки постановки диагноза – 10 дней¹
- Доля исследований, проведенных в установленный срок: 100%

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

- Избегать переедания.
- Исключить жирные, жареные, маринованные и острые блюда, а также алкоголь, кофе, крепкий чай, шоколад, цитрусовые, томаты, лук, чеснок, газированные напитки.
- Исключить наклон тела вперед и положение лежа в течение часа после еды.

¹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 № 46740):

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации) в течение 10 дней с момента обращения.

- Последний прием пищи за 3 часа до сна.
- Спать с приподнятым головным концом кровати.
- Регуляция стула у больных с запором.
- Выявление и лечение синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке у больных с метеоризмом.
- Отказ от разговоров во время еды (уменьшение аэрофагии).
- Отказаться от курения.
- Нормализация массы тела.
- Не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты.
- Избегать подъема тяжестей и физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса.

3.2. Медикаментозное лечение

Схема для ВОПа:

- При эндоскопически негативной стадии ГЭРБ с кратковременными жалобами – соблюдение диеты и режима питания, коррекция образа жизни. Прием в режиме по требованию альгинатов или антацидов.
- При неэрозивной рефлюксной болезни и выявлении эрозивного эзофагита ст. А по LA – применение ИПП (омепразол 20 мг, или эзомепразол 20 мг, или рабепразол 20 мг, или лансопразол 30 мг) в стандартной дозировке раз в сутки (за 30 мин. до завтрака) – в течение 46 недель. Далее поддерживающая терапия в стандартной или половинной дозе в режиме по «требованию» при появлении изжоги (1 раз в 3 дня).

Схема для специалиста в амбулаторном центре

- ГЭРБ в стадии эзофагита ст. BD по LA – применение ИПП (омепразол 20 мг, или эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг, лансопразол 30 мг) 2 раза в день (за 30 мин. до завтрака и ужина) – от 8 недель и более (до эпителизации эрозий). Затем поддерживающая терапия ИПП в стандартной или половинной дозе, в течение 26 месяцев.
- В качестве дополнительной терапии: антациды или альгинаты через 30–40 мин. после еды и на ночь – в течение месяца, затем в режиме по требованию.

- При наличии пищевода Барретта – направление в экспертный центр. Назначение приема ИПП в стандартной дозировке утром за 30 мин. до еды – постоянно.

3.3. Показания к хирургическому лечению

- Эндоскопическая абляция по поводу пищевода Барретта с наличием дисплазии тяжелой степени
- Эндоскопическое лечение по поводу стриктуры пищевода
- Антирефлюксная терапия в связи с фиксированной ГПОД, осложненным течением ГЭРБ (язва пищевода, рецидивирующий эрозивный эзофагит)

3.4. Критерии оценки качества лечения

- Срок назначения лечения (фактический / в соответствии с утвержденными нормами) – 4–6 недель;
- Показатели качества лечения: купирование клинических симптомов и улучшение качества жизни; эпителизация эрозивно-язвенных дефектов слизистой; профилактика рецидива заболевания и возникновения осложнений;
- Временные промежутки оценки эффективности лечения по заболеванию, в том числе сроки достижения целевых показателей лечения раз в 2 недели, до достижения клинической ремиссии;
- При отсутствии положительной клинической динамики через 2 месяца от начала лечения консультация гастроэнтеролога – дообследование и коррекция лечения – до достижения клинической ремиссии;
- При достижении клиникоэндоскопической ремиссии – диспансерное наблюдение ВОП, терапевт.

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

Больные с эндоскопически негативной ГЭРБ не нуждаются в наблюдении.

4.1. Хроническое течение заболевания

Диспансерное наблюдение:

- **Срок:** для больных с ГЭРБ в стадии рефлюкс-эзофагита в течение 5 лет.
- **Кратность:** 1 раз в 3-6 месяцев (для больных с ГЭРБ в стадии рефлюкс-эзофагита 1 раз в 6 месяцев).
- **Консультации специалистов:** гастроэнтеролог (при рефрактерном и рецидивирующем течении ГЭРБ) – раз в год. Психотерапевт, невролог, ЛОР, пульмонолог – по показаниям.
- **Обследования:**
 - клинический анализ крови;
 - анализ кала на скрытую кровь – раз в год;
 - ЭГДС (кратность проведения определяется гастроэнтерологом; при эрозивно-язвенной форме ГЭРБ через 4–8 недель от начала терапии).
- Медикаментозное лечение (см. п. 3.2)

Маркеры критических состояний и условия передачи на следующий уровень ведения:

- Пациенты с диагнозом «пищевод Барретта» – необходимо выполнять ЭГДС контроль в NBI режиме с биопсией с участка метаплазированного эпителия через 6 месяцев, далее раз в год, с целью выявления признаков дисплазии и исключения возникновения аденокарциномы пищевода
- При диагностике дисплазии пищевода высокой степени консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении (эндоскопическая абляция)

«Тревожные симптомы»:

- Рефрактерное течение ГЭРБ

- Осложненное лечение ГЭРБ
- ГЭРБ с внепищеводными проявлениями

4.2. Обострение хронического заболевания

Причины:

- неэффективная терапия ГЭРБ
- отсутствие или низкая приверженность пациента к терапии
- наличие ГПОД и дискинезии пищевода
- факторы риска ГПОД

Обследование (см. п. 2.5)

Схема лечения (см. п. 3.2)

4.3. Критерии оценки качества наблюдения и ведения

- Купирование клинических симптомов и улучшение качества жизни
- Эпителизация эрозивно-язвенных дефектов слизистой
- Профилактика рецидива заболевания и возникновения осложнений
- Создание реестра больных с установленным диагнозом «пищевод Барретта»

5 / РЕГИСТРЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

5.1. Требования к регистру по заболеванию – пищевод Барретта

Перечень данных для регистра

- Наследственность (опухоли ЖКТ у родственников)
- Длительность заболевания ГЭРБ
- Эрозивно-язвенные повреждения пищевода в анамнезе
- Наличие факторов риска возникновения ГЭРБ

- Прием лекарственных препаратов, способствующих возникновению ГЭР
- Дата установления диагноза пищевода Барретта
- Наличие и степень выраженность дисплазии пищевода
- Препараты, применяемые для лечения, дозы, кратность приема, приверженность к лечению
- Данные импеданс-рН-метрии
- Данные эзофагоманометрии
- Наличие и характеристики ГПОД
- Сопутствующие заболевания: ЖКБ, СД, БОЖ и т.д.

6 / ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Литература

Бордин Д.С., Колбасников С.В. Патогенетические основы развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Диагностика и лечение // Вестник семейной медицины. – 2013. № 1. – С. 30–34.

Ракитин Б.В. Аннотация к статье Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus // Gut Published Online First: 03 February 2018.

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические рекомендации // Российская гастроэнтерологическая ассоциация. – 2014. Москва. – 23 с.

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Соколов В.В., Пирогов С.С., Зайратьянц О.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Зайратьянц Г.О., Кайбышева В.О. Пищевод Барретта. Клинические рекомендации // Российская гастроэнтерологическая ассоциация. – 2014. Москва. – 31 с.

6.2. Список сокращений

АТ к НР – антитела к *Helicobacter pylori*

ВОП – врач общей практики

ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ЭКГ – электрокардиография

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

6.3. Термины и определения

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся забросами (рефлюксом) в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, возникающими вследствие нарушений моторно-эвакуаторной функции эзофагогастродуоденальной зоны

Пищевод Барретта – состояние, при котором специализированный цилиндрический эпителий с бокаловидными клетками замещает нормальный неороговевающий многослойный плоский эпителий дистального отдела пищевода

6.4. Дополнительные приложения

Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита, MUSE

Степень	Характерные особенности
A	единичная эрозия ≤ 5 мм
B	≥ 1 эрозия длиной > 5 мм, не занимающая всё расстояние между двумя соседними складками пищевода
C	≥ 1 эрозия, занимающая всё расстояние между ≥ 2 складками пищевода, покрывает ≤ 75 % окружности пищевода
D	эрозии или язвы, покрывающие ≥ 75 % окружности пищевода



ДРУГИЕ ФОРМЫ ХОЛЕЦИСТИТА

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Заболевание	43
2	Диагностика	44
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	44
2.2.	Осмотр врача	44
2.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	44
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию	44
2.5.	Обследования	45
2.6.	Консультации специалистов	45
2.7.	Постановка клинического диагноза	45
2.8.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	46
2.9.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза	46
3	Лечение	46
3.1.	Медикаментозное лечение	46
3.2.	Показания к хирургическому лечению	46
4	Наблюдение и ведение	47
4.1.	Хроническое течение заболевания	47
4.2.	Критерии оценки качества наблюдения и ведения.	47
5	Приложения	48
5.1.	Литература	48
5.2.	Список сокращений	48
5.3.	Термины и определения.	49

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Другие формы холецистита представляют собой большую неоднородную группу изменений стенки желчного пузыря, а именно ее утолщение, имеющее различную эхографическую и морфологическую картину. К данным формам принято относить гиперпластические холецистозы, а также редкие формы холецистита, такие как ксантогранулематозный и лимфоплазмоцитарный холециститы, гиалинокальциноз. Мы остановимся на наиболее часто встречающихся формах гиперпластических холецистозов – холестероз и аденомиоматоз желчного пузыря.

Холестероз желчного пузыря – заболевание, характеризующееся очаговым и/или диффузным отложением холестерина и его метаболитов в стенке желчного пузыря.

Аденомиоматоз желчного пузыря – приобретенное, гиперпластическое поражение желчного пузыря, характеризующееся чрезмерной пролиферацией поверхностного эпителия с инвагинацией в утолщенную мышечную оболочку и образованием внутренних ложных дивертикулов – синусов Рокитанского–Ашоффа.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- К 81.8 Другие формы холецистита
- К 82.4 Холестероз желчного пузыря
- К 81.8 Аденомиоматоз желчного пузыря

Классификация

- Холестероз желчного пузыря: сетчатая форма, полипозная форма, полипозно-сетчатая форма
- Аденомиоматоз желчного пузыря: сегментарный (отличает высокая степень малигнизации), очаговый, диффузный

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

- Жалобы пациента. Не специфичны, могут отсутствовать.
- Симптомы, синдромы, синдромокомплексы. Не специфичны, обычно жалобы больные не предъявляют. Боли в правом подреберье бывают при наличии холецистолитиаза.
- Анамнез заболевания. Не характерен, обычно выявляется как находка при УЗИ.
- Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза). Без особенностей
- Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента). Перечислить.
- Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез). Специфическое лечение отсутствует.

2.2. Осмотр врача

При объективном осмотре изменения не характерны

2.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

Другие холециститы необходимо дифференцировать с:

- Холестероз желчного пузыря, полипозная форма
- Аденомиоматоз желчного пузыря, очаговая форма

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

Описание состояний для ургентной госпитализации – не существует.

2.5. Обследования

Лабораторные:

- Клинический анализ крови
- Глюкоза крови
- Общий билирубин
- Прямой билирубин
- АЛТ
- АСТ
- Щелочная фосфатаза
- ГГТ

Инструментальные

- УЗИ органов брюшной полости с ЦДК
- ЭКГ
- ЭУС (по показаниям)
- МСКТ (по показаниям)
- МРТ (по показаниям)

2.6. Консультации специалистов

- **Гастроэнтеролог:** для уточнения характера поражения стенки желчного пузыря (по показаниям)
- **Хирург:** при росте полипов, появлении васкуляризации полипов и подозрении на злокачественный характер поражения

2.7. Постановка клинического диагноза

Основной диагноз:

- Холестероз, полипозная форма
или Аденомиоматоз, сегментарная форма

2.8. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

- К ВОПу: динамическое наблюдение за стенкой желчного пузыря, ростом размеров полипов при полипозной форме холестероза
- К специалисту второго уровня в амбулаторном центре / в референс-центр: для уточнения характера поражения стенки желчного пузыря, исключения малигнизирующего процесса, проведения уточняющих методов – ЭУС, МСКТ, МРТ

2.9. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Сроки постановки диагноза – 10 дней¹
- Доля исследований, проведенных в установленный срок: 100%

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Медикаментозное лечение

Схема для ВОПа – специализированного лечения не существует, при болевом синдроме возможно применение миотропных спазмолитиков

3.2. Показания к хирургическому лечению

- Быстрый рост полипов более 1 см, васкуляризированный полип
- Аденомиоматоз сегментарная форма (высокая степень малигнизации)
- Аденомиома дна более 1,5 см
- Гиаликанольциноз желчного пузыря (высокая степень малигнизации)

¹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 № 46740):

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации) в течение 10 дней с момента обращения.

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение заболевания

Динамическое наблюдение

- Срок: 2 раза в год – первые 2 года, при отсутствии отрицательной динамики в последующие годы – 1 раз в год
- Кратность осмотра: 2 раза в год первые 2 года, при отсутствии отрицательной динамики в последующие годы – 1 раз в год
- Консультации: 2 раза первые 2 года, при отсутствии отрицательной динамики в последующие годы 1 раз в год
- Исследования: УЗИ 2 раза в год – первые 2 года, при отсутствии отрицательной динамики в последующие годы 1 раз в год
- Медикаментозное лечение (базовая схема, критерии коррекции базовой схемы) – не существует

Маркеры критических состояний и условия передачи на следующий уровень ведения – утолщение стенки более 5–6 мм, наличие васкуляризированных полипов при ЦДК, наличие аденомиомы дна по данным УЗИ, увеличение размеров полипов до 1,0 см.

4.2. Критерии оценки качества наблюдения и ведения

Достижение целевых количественных показателей лечения и состояния пациента

- Купирование клинических симптомов и улучшение качества жизни
- Профилактика рецидива заболевания и возникновения осложнений

5 / ПРИЛОЖЕНИЯ

5.1. Литература

- Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Аденомиоматоз желчного пузыря. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 4. – с. 86–92.
- Ильченко А. А., Быстровская Е. В., Орлова Ю. Н. и др. Лимфоплазмозитарный (IgG4-ассоциированный) холецистит, развившийся на фоне длительно протекающего аденомиоматоза желчного пузыря. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009, № 8. – с.114–122.
- Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. и др. Аденомиоматоз желчного пузыря. Анализ 328 операционных случаев. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. – № 5. – с. 114–120.
- Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 880 с.
- Numata M, Morinaga S, Watanabe T, et al. A case of adenomyomatous hyperplasia of the extrahepatic bile duct. Case Rep Gastroenterol. 2011 May;5(2):457-62.
- Colovic R, Micev M, Markovic J, et al. Adenomyoma of the common hepatic duct. HPB (Oxford) 2002;4(4):187-190.

5.2. Список сокращений

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ГГТ – гамма-глутамилтрансфераза

УЗИ органов брюшной полости с ЦДК – ультразвуковое исследование органов брюшной полости с цветным доплеровским картированием

5.3. Термины и определения

Холестероз желчного пузыря – заболевание, характеризующееся очаговым и/или диффузным отложением холестерина и его метаболитов в стенке желчного пузыря.

Аденомиоматоз желчного пузыря – приобретенное гиперпластическое поражение желчного пузыря, характеризующееся чрезмерной пролиферацией поверхностного эпителия с инвагинацией в утолщенную мышечную оболочку и образованием внутренних ложных дивертикулов – синусов Рокитанского–Ашоффа.

Гиалинокальциноз – «фарфоровый» желчный пузырь, гиалинизирующий холецистит, кальцифицированный ЖП. Является вариантом гиперпластического холецистоза, характеризуется отложением солей кальция в стенках желчного пузыря, что приводит к формированию интрамурального гиалинокальциноза с последующим развитием хронического воспалительного процесса.



ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Заболевание	52
2	Диагностика	52
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	52
2.2.	Осмотр врача	54
2.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	54
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию.	54
2.5.	Обследования	54
2.6.	Консультации специалистов	55
2.7.	Постановка клинического диагноза	55
2.8.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	55
2.9.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	56
3	Лечение	56
3.1.	Немедикаментозное лечение	56
3.2.	Медикаментозное лечение	56
3.3.	Показания к хирургическому лечению	57
3.4.	Критерии оценки качества лечения	58
4	Наблюдение и введение	59
4.1.	Хроническое течение заболевания.	59
4.2.	Обострение хронического заболевания	59
4.3.	Острое заболевание	59
4.4.	Критерии оценки качества наблюдения и ведения.	60
5	Регистры по заболеванию	60
5.1.	Требования к регистру по заболеванию	60
6	Приложения	60
6.1.	Литература:	60
6.2.	Список сокращений	61
6.3.	Термины и определения.	61

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – многофакторное и многостадийное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся определенной клинической картиной, нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием желчных камней в пузыре и/или желчных протоках.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- К 80.1 Камни желчного пузыря
- К80.2 Камни желчного протока

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы пациента

- Заболевание может протекать бессимптомно, сопровождаться диспепсическими расстройствами или болями, локализующимися в правом подреберье.
- Болевой синдром: боли могут носить тупой, невыраженный характер, проявляться тяжестью в правом подреберье. При обострении заболевания может возникнуть желчная (печеночная) колика – приступ болей обычно возникает внезапно, может длиться часами, носит острый характер, иррадирует в спину или лопатку, обычно связан с употреблением жирной пищи. Приступ может сопровождаться рефлекторной рвотой, повышением температуры, ознобом, что свидетельствует о присоединении воспалительного процесса, и развитием осложнений – острого холецистита. Появление иктеричности кожных покровов и склер свидетельствует о наличии механической желтухи, возникшей вследствие холедохолитиаза или синдрома Мириizzi (сдавнение общего желчного протока вклиненным конкрементом в шейку желчного пузыря).
- Диспепсический синдром: тошнота, горечь во рту, вздутие.

Анамнез заболевания

- ЖКБ страдают от 10 до 20 % взрослого населения. У женщин заболевание встречается чаще в 3–4 раза. 2/3 пациентов имеют холестериновые камни.
- Холецистолитиаз (ЖКБ) на стадии билиарного сладжа (БС) и бессимптомного камненосительства обычно является ультразвуковой «находкой» при диспансерном обследовании. Также ЖКБ может дебютировать желчной коликой, появление которой обычно спровоцировано приемом жирной пищи. Известно, что риск образования камней в 3–4 раза выше у лиц, родственники которых страдают ЖКБ.
- При сборе анамнеза также необходимо выяснить, принимает ли больной фармакологические препараты, такие как контрацептивные средства; фибраты; диуретики; октреотид, цефтриаксон, которые являются фактором риска развития камней. Частые беременности в анамнезе, оперативные вмешательства на желудке и кишке, в т.ч. шунтирующие операции по поводу ожирения, наличие сахарного диабета, длительное парентеральное питание; спинномозговая травма – являются рисками развития ЖКБ.

Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза)

- Несмотря на то что ген литогенеза не выявлен, ЖКБ является наследственным заболеванием, при опросе больных следует обращать внимание на наличие заболевания у близких родственников.

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента):

- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки,
- сахарный диабет,
- заболевания тонкой кишки,
- оперативные вмешательства на органах ЖКТ (факторы риска ЖКБ) и др.,
- сопутствующая патология.

Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез)

- Необходимо узнать, была ли у больного литолитическая терапия, оценить ее эффективность. Принимаемые препараты при сопутствующей патологии.

2.2. Осмотр врача

- Состояние больного. Оценить цвет кожных покровов и видимых слизистых.
- Пальпация живота: наличие болезненности, преимущественно в правых отделах и в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины.

2.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

- Желчнокаменная болезнь. Холецистолитиаз.
- Дифференцировать: дорсопатия (межреберная невралгия), язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения, синдром раздраженного кишечника, болевая форма. При наличии желчной колики проводить дифференциальный диагноз с почечной коликой, острым панкреатитом.

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

- Выраженный болевой синдром (желчная колика)
- Повышение температуры до фебрильных цифр
- Желтушность кожных покровов
- Изменения в лабораторно-инструментальных исследованиях (повышение лейкоцитов, СОЭ, СРБ, признаки холестаза, цитолиза – в биохимическом анализе крови, при УЗИ – утолщение стенки желчного пузыря более 4 мм, наличие конкрементов, дилатация общего желчного протока и наличие в нем конкрементов)
- Неэффективность амбулаторного лечения

2.5. Обследования

Лабораторные:

- Клинический анализ крови
- Глюкоза крови

- Общий билирубин
- Прямой билирубин
- АЛТ
- АСТ
- Щелочная фосфатаза
- ГГТ
- СРБ

Инструментальные:

- УЗИ органов брюшной полости
- ЭКГ

2.6. Консультации специалистов

- Гастроэнтеролог (по показаниям)
- Хирург

2.7. Постановка клинического диагноза

- Основной диагноз: Желчнокаменная болезнь. Холецистолитиаз.
- При наличии осложнений указываются в диагнозе. Например, холедохолитиаз, механическая желтуха или острый калькулезный холецистит (отключенный желчный пузырь, водянка, эмпиема).
- Сопутствующая патология/патологии (при наличии указывается)

2.8. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

К ВОПу:

Бессимптомное камненосительство, билиарный сладж при отсутствии обострения и осложнений

К специалисту второго уровня в амбулаторном центре/ в референс-центре:

- при неэффективности литолитической терапии, при осложненном течении, при необходимости хирургического лечения

2.9. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Сроки постановки диагноза – 10 дней¹
- Доля исследований, проведенных в установленный срок: 100%

3 / ЛЕЧЕНИЕ

Основным способом лечения ЖКБ и ее осложнений является оперативное вмешательство.

3.1. Немедикаментозное лечение

Изменение образа жизни – при избыточной массе тела плавное снижение; частое дробное питание с ограничением употребления легкоусваиваемых углеводов и холестеринсодержащих продуктов, жареного, жирного, а также продуктов, провоцирующих сокращение желчного пузыря.

3.2. Медикаментозное лечение

Схема для ВОПа. Купирование болевого синдрома при выраженном болевом синдроме

¹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 № 46740):

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации) в течение 10 дней с момента обращения.

- дротаверина гидрохлорид (но-шпа) 2% раствор 2,0–4,0 мл в виде монотерапии или в сочетании с другими спазмолитиками или метамизил натрий (баралгин, спазган) 5,0 в/м 3–5 дней.
- После купирования острых болей показан перевод на селективные миотропные средства для коррекции билиарной дисфункции желчного пузыря и сфинктерного аппарата (мебеверин гидрохлорид и др.).

Схема для специалиста в амбулаторном центре

- Для 20–30% больных ЖКБ возможно проведение литолитической терапии. Всем больным с БС (1 стадия ЖКБ) – проведение литолитической терапии.
- Тактика введения больных ЖКБ должна быть дифференцирована в зависимости от стадии заболевания

Тактика ведения больных с бессимптомным камненосительством

- Решение об оперативном лечении больных с бессимптомным камненосительством следует принимать в каждом случае индивидуально с учетом показаний и противопоказаний к перечисленным выше консервативным методам лечения.
- Следует помнить, что отказ от выжидательной тактики ведения больных при бессимптомном камненосительстве и рекомендация более раннего проведения холецистэктомии способствует профилактике осложнений ЖКБ, в том числе и рака желчного пузыря.

3.3. Показания к хирургическому лечению

Холецистэктомия занимает ведущее место в лечении осложненных форм ЖКБ и представляет собой удаление желчного пузыря вместе с камнями. Вопрос о тактике ведения больных и показаниях к оперативному лечению решается совместно с хирургом.

При холецистолитиазе:

- холецистолитиаз с наличием крупных и/или мелких конкрементов желчного пузыря, занимающих более 1/3 объема желчного пузыря;
- холецистолитиаз, независимо от размеров конкрементов, протекающий с частыми приступами желчных коликов;

- холецистолитиаз в сочетании со сниженной сократительной функцией желчного пузыря (коэффициент опорожнения после желчегонного завтрака менее 30%);
- холецистолитиаз, отключенный желчный пузырь;
- холецистолитиаз в сочетании с холедохолитиазом;
- холецистолитиаз, осложненный холециститом и/или холангитом;
- холецистолитиаз, осложненный синдромом Мирицци;
- холецистолитиаз, осложненный развитием водянки или эмпиемы желчного пузыря;
- холецистолитиаз, осложненный пенетрацией, перфорацией, свищами;
- холецистолитиаз, осложненный билиарным панкреатитом.

При холедохолитиазе:

Вопрос о тактике ведения больных и показаниях к оперативному лечению решается совместно с хирургом. При этом предпочтение в выборе хирургического лечения холедохолитиаза следует отдавать эндоскопическим методам.

3.4. Критерии оценки качества лечения

- купирование болевого и диспепсического синдромов

На стадии лечения гастроэнтеролога:

- полная клиническая и эхографическая ремиссия (элиминация БС и полный литолиз конкрементов) при литолитической терапии;
- полная клиническая ремиссия и уменьшение размеров конкрементов

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение заболевания

Динамическое наблюдение

- *Срок* – 1 год
- *Кратность осмотра* – 2 раза в год
- *Обследования* (см. п. 2.5)
- *Консультации*: ВОП, гастроэнтеролог и хирург по показаниям
- *Исследования*: клинический и биохимический анализы крови, УЗИ
- *Медикаментозное лечение* (базовая схема, критерии коррекции базовой схемы) в зависимости от стадии заболевания
- *Профилактика* – изменение образа жизни, снижение массы тела, регулярное питание

Маркеры критических состояний и условия передачи на следующий уровень ведения:

- а) приступы желчной колики
- б) отрицательная динамика в лабораторных и эхографических исследованиях
- в) неэффективность терапии

4.2. Обострение хронического заболевания

- *Причины*: нарушение диеты
- *Обследование*: клинический и биохимический анализы крови (см. п. 2.5) УЗИ
- *Схема лечения* – тактику лечения определяет гастроэнтеролог или хирург (по показаниям)

4.3. Острое заболевание

Тактику ведения определяет хирург

4.4. Критерии оценки качества наблюдения и ведения

Достижение целевых количественных показателей лечения и состояния пациента:

- купирование клинических симптомов и улучшение качества жизни, отсутствие необходимости хирургического лечения;
- профилактика рецидива заболевания и возникновения осложнений.

5 / РЕГИСТРЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

5.1. Требования к регистру по заболеванию

Перечень данных для регистра: ФИО, пол, возраст, клинические проявления, клинический и биохимический анализы крови, данные УЗИ, наличие осложнений, наличие литолитической терапии.

6 / ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Литература:

1. Ильченко А.А. Классификация ЖКБ: Материалы 8-й Российской гастроэнтерологической недели, 18-21 ноября 2002 г., Москва// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – № 5. – Т. XII. – С. 99.
2. Вихрова Т.В. Билиарный сладж и его клиническое значение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 2003. – 30 с.
3. Ильченко А.А., Вихрова Т.В. Современный взгляд на проблему билиарного сладжа // Клин. мед. – 2003. – № 8. – С. 17–22.
4. Селезнева Э.Я., Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2008. – № 5. – С. 48–56.
5. Ильченко А.А. Диагностика билиарного сладжа в практике врача-терапевта поликлиники//Справочник поликлинического врача. – 2009. – № 10 – С. 59–63.

6. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М.: Анахарсис, 2004. – 200 с.
7. Ильченко А.А., Селезнева Э.Я. Мебеве́рин-ретард в купировании болей при желчнокаменной болезни // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2002. – № 3. – С. 57–58
8. Гордиенко А.В. Проспективная оценка клинического течения желчнокаменной болезни: Материалы 5-го Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро-L 2003» / Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2003. – № 2-3. – С. 44.
9. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. – 860 с.
10. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – М.: ИД «Видар-М», 2000. – 140 с.

6.2. Список сокращений

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

БС – билиарный сладж

ВОП – врач общей практики

6.3. Термины и определения

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – многофакторное и многостадийное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся определенной клинической картиной, нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием желчных камней в пузыре и/или желчных протоках.

Билиарный сладж (БС) – любая неоднородность желчи, выявленная при УЗИ.

Синдром Миризи – сдавление общего желчного протока вклиненным конкрементом в шейку желчного пузыря.



НЕИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНТЕРИТ И КОЛИТ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Заболевание	64
2	Диагностика	65
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	65
2.2.	Осмотр врача	68
2.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	70
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию	71
2.5.	Обследования	71
2.6.	Консультации специалистов	72
2.7.	Постановка клинического диагноза	73
2.8.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза	73
3	Лечение	73
3.1.	Немедикаментозное лечение	73
3.2.	Медикаментозное лечение	74
3.3.	Показания к хирургическому лечению	75
4	Наблюдение и ведение	76
4.1.	Хроническое течение заболевания.	76
4.2.	Критерии оценки качества наблюдения и ведения.	77
5	Приложения	77
5.1.	Литература	77
5.2.	Список сокращений	78
5.3.	Термины и определения	78

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Язвенный колит – это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- Язвенный проктит и проктосигмоидит К 51.3
- Язвенный левосторонний колит К 51.8
- Язвенный тотальный колит К 51.8

Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений: поражением суставов (артриты или артралгии), кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), глаз (ирит, иридоциклит, увеит), слизистых оболочек (афтозный стоматит).

- Болезнь Крона тонкой кишки К 50.0
- Болезнь Крона толстой кишки К 50.1.
- Другие разновидности Болезнь Крона К 50.8

Глютенчувствительная целиакия – аутоиммунное, генетически детерминированное заболевание, возникающее в ответ на употребление глютена или соответствующих проламинов и характеризующееся развитием атрофии слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК), появлением в сыворотке крови специфических антител и широким спектром зависимых от глютена клинических проявлений.

- К 90.0 Глютенчувствительная целиакия

Дивертикулярная болезнь – заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями воспалительного процесса и его возможными осложнениями – абсцедированием, перфорацией дивертикулов, образованием свищей, перитонитом, а также кровотечением.

- К57.2, К 57.3 Дивертикулярная болезнь

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя и более): связана с дефекацией, связана с изменениями частоты стула и/или формы стула. Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца или общей продолжительностью не менее 6 месяцев.

- К 58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей
- К 58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы пациента:

- диарея и/или ложные позывы с (без) кровью /слизью;
- тенезмы и императивные позывы на дефекацию, а также ночная дефекация;
- боли в правой/левой подвздошной области;
- боли без четкой локализации.

Симптомы, синдромы, синдромокомплексы:

- диарейный синдром: с кровью/слизью, тенезмы и императивные позывы на дефекацию, а также ночная дефекация.
- внекишечные проявления:

- связанные с илеоколитом (периферический артрит, анкилозирующий спондилит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, увеит, иридоциклит, склерит, афтозный стоматит);
- связанные с нарушением кишечного пищеварения (мальабсорбция, холелитиаз, уролитиаз, остеопороз);
- неспецифические (жировая дистрофия печени, первично-склерозирующий холангит, хронический гепатит, холангиокарцинома, амилоидоз, пептическая язва).

Неспецифические симптомы:

- снижение массы тела,
- общая слабость,
- анорексия,
- лихорадка.

При глютенчувствительной целиакии

Симптомы, синдромы, синдромокомплексы

- Диарейный синдром. Частота стула может варьировать от 2 до 10 раз в сутки как в дневное, так и в ночное время. Даже при небольшой частоте дефекаций отмечается большой объем фекалий – симптом полифекалии (суточный вес стула может достигать 1 и более кг). Стул обычно глинистого замазкообразного вида, часто светлый, кашицеобразный или жидкий. Как правило, полифекалия сопровождается стеатореей – высокими потерями жирных кислот с калом.

Синдром нарушенного всасывания:

Симптомы, синдромы, синдромокомплексы

- Общая слабость, снижение работоспособности, прогрессирующая потеря массы тела от 5 до 30 кг.
- Больные с типичной формой заболевания отстают в физическом развитии, развиваются симптомы гиповитаминоза в виде появления сухости и шелушения кожи, снижения тургора.

При дивертикулярной болезни толстой кишки

Симптомы, синдромы, синдромокомплексы (клиническая картина может варьироваться)

- Болевой синдром (периодические боли в животе, чаще в левых отделах, внизу живота). Выраженность болей может быть различной: от незначительных до интенсивных болей в животе.
- Также могут отмечаться вздутие, урчание в животе, распирающие боли на высоте запоров.
- Стул чаще твердый, склонность к запорам.

При наличии воспаления в дивертикулах в анализах крови отмечается лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, ускорение СОЭ, повышение уровня СРБ.

При кровотечении отмечаются признаки анемии (снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя). В копрограмме обнаруживаются признаки, подтверждающие наличие воспаления: нейтрофильные лейкоциты, при кровотечении – положительный анализ кала на скрытую кровь.

При СРК

Симптомы, синдромы, синдромокомплексы

- Особое внимание уделяется болевому синдрому: чаще боли возникают в утреннее время, боль может характеризоваться как неопределенная – может быть ноющая, жгучая, тупая, постоянная или периодическая. Боли уменьшаются после дефекации, отхождения газов, приема спазмолитических препаратов.
- Важным дифференциально-диагностическим критерием является отсутствие ночной симптоматики (сон не нарушен частым стулом и болями).
- Ощущение вздутия живота также чаще беспокоит в утренние часы, но может быть и в течение дня.
- Нарушение стула может быть в виде запоров, поносов или их чередования.
- Диарея чаще возникает утром, с частотой от 2 до 6 раз и более, сопровождается резкими позывами на дефекацию и чувством неполного опорожнения кишечника. В ночные часы диарея отсутствует.

- При запорах стул в виде «овечьего», пробкообразного, без примеси крови, однако часто может отмечаться примесь слизи.
- Также у больных СРК могут наблюдаться жалобы, не связанные с функционированием кишечника, такие как диспепсия, боли в поясничной области, урологические симптомы, диспареуния и др.

Подробный опрос пациента, включающий, в частности, сбор информации о поездках в южные страны, непереносимости каких-либо продуктов, принимаемых лекарствах (в частности, антибиотиках и нестероидных противовоспалительных средствах (НПВС)), курении и о наличии воспалительных и злокачественных заболеваний кишечника у родственников, количество употребляемой клетчатки, склонность к запорам.

Дополнительно при целиакии: как рос и развивался в детстве, во время введения прикормов.

2.2. Осмотр врача

- частота пульса,
- температура тела,
- артериальное давление,
- индекс массы тела,
- перитонеальные симптомы и признаки токсической дилатации,
- осмотр ротовой полости (исключение афтозного стоматита),
- осмотр кожных покровов (исключение узловатой эритемы и гангренозной пиодермии),
- осмотр глаз (исключение увеита, иридоциклита и т.п.) и суставов;
- осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки.

Целиакия:

- Отмечаются симптомы полигиповитаминоза: язык часто имеет вид полированного за счет сглаженных сосочков, малиново-красного цвета.
- Симптомы нарушения минерального обмена: судороги, парестезии, боли в мышцах, костях, положительный симптом «мышечного валика»,

в тяжелых случаях остеопения и остеопороз трубчатых костей конечностей, позвоночника, костей таза.

- Клинические симптомы гипокалиемии проявляются общей слабостью, адинамией в отдельных случаях, приступами динамической кишечной непроходимости.
- Проявления белковой недостаточности – гипопропротеинемические отеки.
- Одним из постоянных симптомов являются симптомы железодефицитной анемии.

Дивертикулярная болезнь толстой кишки:

- Отмечается при пальпации живота, определяется болезненный, относительно подвижный сегмент кишки, иногда плотной консистенции.
- При наличии инфильтрата брюшной полости болезненность при пальпации выраженная, может определяться умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки и положительные симптомы раздражения брюшины.
- Отмечается повышение температуры тела.
- Тахикардия.
- Сухость во рту.
- Тошнота.
- Рвота.
- Выраженное вздутие и урчание в животе.
- Нарушения стула.

СРК

- Несоответствие между большим количеством жалоб и удовлетворительным состоянием больного.
- Диагноз исключения, при этом отсутствуют симптомы тревоги: примесь крови в стуле, ночная симптоматика, потеря массы тела, начало в пожилом возрасте, отягощенная наследственность (рак толстой кишки, целиакия, ВЗК у родственников), лихорадка, анемия, лейкоцитоз, скрытая кровь в кале, стеаторея, полифекалия.

2.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

При подозрении на ВЗК дифференциальная диагностика начинается с исключения воспалительных заболеваний толстой кишки, которые не относятся к группе ВЗК. Это инфекционные, сосудистые, медикаментозные, токсические и радиационные поражения, а также дивертикулит, ишемический колит.

Болезнь Крона, язвенный колит, целиакию и дивертикулярную болезнь дифференцировать со следующими диагнозами:

- Острыми кишечными инфекциями:
 - дизентерия;
 - сальмонеллез;
 - кампилобактериоз;
 - иерсиниоз;
 - амебиаз;
- Глистными инвазиями, паразитозами;
- Антибиотико-ассоциированными поражениями кишечника (псевдомембранозный колит, вызываемый *Cl.difficile*);
- Туберкулезом кишечника;
- Системным васкулитом;
- Раком толстой кишки;
- Дивертикулитом, сегментарным колитом;
- Ишемическим колитом;
- Микроскопическими колитами (коллагеновым и лимфоцитарным);
- Лучевым проктитом;
- Аллергией на глютен.

СРК – диагноз исключения, может быть установлен при исключении других инфекционных, воспалительных и органических заболеваний.

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

- Молниеносная (фульминантная) форма любой степени тяжести
- Обострение язвенного колита/болезни Крона (по данным эндоскопического или рентгенологического методов исследования) при отсутствии возможности адекватного контроля за течением заболевания
- Клинические признаки обострения ЯК/БК (при отсутствии возможности проведения ЭГДС или рентгенологического исследования амбулаторно)
- При подозрении на инфильтративный процесс (или малигнизацию)
- При неэффективности амбулаторного лечения любой степени тяжести и протяженности
- Признаки кишечного кровотечения, перфорации и/или развития токсического мегаколона (госпитализация проводится в экстренном порядке)
- Признаки кишечного кровотечения, малигнизации, перфорации по данным эндоскопического или рентгенологического методов исследования (госпитализация проводится в экстренном порядке)
- Гормональнoзависимые и гормонорезистентные формы язвенного колита
- Целиакия с наличием синдрома нарушенного всасывания 2–3 степени тяжести
- Рефрактерная целиакия
- Дивертикулярная болезнь с признаками дивертикулита, формирование инфильтрата брюшной полости, наличие кровотечения

При СРК госпитализация не требуется.

2.5. Обследования

Лабораторные:

- Глюкоза крови
- С-реактивный белок
- АЛТ

- АСТ
- Щелочная фосфатаза
- ГГТП
- Общий белок
- Сывороточное железо
- Электролиты (калий, натрий, хлор)
- Клинический анализ крови
- Фекальный кальпротектин (количественный) – не входит в оплату за счет средств ОМС
- Антитела к тканевой трансглутаминазе IgA – не входит в оплату за счет средств ОМС
- Антитела к тканевой трансглутаминазе IgG – не входит в оплату за счет средств ОМС
- Анализ кала на токсины А и В Clostridium difficile (по показаниям)
- Альбумин
- Копрограмма
- Клинический анализ крови

Инструментальные:

- ЭКГ
- УЗИ органов брюшной полости и кишечника – не входит в оплату за счет средств ОМС
- Колонофиброскопия
- Обзорный снимок брюшной полости (по показаниям)
- Ирригоскопия (по показаниям)

2.6. Консультации специалистов

- Гастроэнтеролог
- Колопроктолог
- Инфекционист (по показаниям)

2.7. Постановка клинического диагноза

Основной диагноз согласно коду МКБ

2.8. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Сроки постановки диагноза – 10 дней¹
- Доля исследований, проведенных в установленный срок: 100%

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

(изменение образа жизни, лечебная физкультура, физиотерапия, вспомогательные приспособления и устройства, показания к их использованию; обучение, образование пациентов)

Специальной диеты для больных с ВЗК не существует. В фазе обострения рекомендуется высокобелковая диета с ограничением жира, грубоволокнистых и молочных продуктов. При ремиссии диета должна строиться по принципу исключения продуктов, вызывающих индивидуальную непереносимость. Установлено, что больные ВЗК чаще всего плохо переносят следующие продукты: кукуруза, капуста, молоко, пшеница, дрожжи, томаты, цитрусовые, яйца, кофе, бананы, картофель, лук, апельсиновый сок.

Язвенный колит: парентеральное или энтеральное (зондовое) питание имеет целью только компенсирование белково-энергетической недостаточности, возникающей при тяжелом обострении заболевания. При БК (болезни Крона) парентеральное или энтеральное (зондовое) питание обладает еще и противовоспалительным эффектом, сравнимым с медикаментозной терапией.

¹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 № 46740):

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации) в течение 10 дней с момента обращения.

Однако из-за высокой стоимости такого лечения и сложностей его организации оно используется в редких случаях, преимущественно у детей и при выраженной активности заболевания, резистентного к глюкокортикоидам.

Целиакия: независимо от вариантов клинического течения, обязательным является строгое и пожизненное соблюдение аглютеновой диеты (АГД). ВАЖНО, что назначать диету возможно только после выполнения всех необходимых диагностических этапов! Из рациона полностью исключались продукты, содержащие пшеницу, рожь, ячмень и овес. Следует подчеркнуть, что в последние годы допускается использование небольшого количества овса в составе АГД. Тем не менее, мы придерживались мнения о полном исключении «белков глютена», а в овсе в составе авенина содержатся «следы» белка, близкого к глиадину, существует также возможность «загрязнения» овса пшеницей и другими злаками в процессе обработки; исключались также многие продукты, в состав которых входит «скрытый» глютен.

Дивертикулярная болезнь: начинается с коррекции диеты (высокошлаковая диета с дополнительным введением в рацион нерастворимых растительных волокон, достаточное потребление воды). При необходимости – коррекция запоров.

СРК: коррекция диеты, образа жизни. Регулярный прием еды, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы. Не пропускать приемы пищи. Наладить режим труда и отдыха. Полноценный сон.

3.2. Медикаментозное лечение

Дивертикулярная болезнь:

- На первом этапе, в случае неосложненного течения дивертикулярной болезни, возможно применение рифаксимины 400 мг 2 раза в день, в течение 10 дней повторными курсами.
- При болях назначение селективных спазмолитиков.
- При наличии осложнений (формирование инфильтрата) лечение должно осуществляться в стационаре под наблюдением гастроэнтеролога и хирурга с применением пероральных антибиотиков широкого спектра действия.

СРК:

- При болевом синдроме: спазмолитические препараты.
- При диарее: кишечные антисептики (рифаксимин и др.), пробиотики, вяжущие (диоктаэдрический смектит), лоперамид.
- При запорах: слабительные, увеличивающие объем каловых масс, осмотические слабительные, слабительные, стимулирующие моторику кишечника, а также энтерокинетики.
- Также назначаются психотропные препараты, антидепрессанты.

3.3. Показания к хирургическому лечению

Абсолютные:

- Перфорация кишки
- Токсический мегаколон при неэффективности консервативного лечения
- Кишечное кровотечение
- Стенозы с развитием кишечной непроходимости
- Рак толстой кишки или высокий риск его возникновения
- Кровотечения из дивертикулов
- Формирование абсцесса брюшной полости

Относительные:

- Абсцессы
- Свищи
- Отсутствие эффекта от консервативной терапии
- Гормонозависимость/гормонорезистентность
- Лимфома тонкой кишки
- Негранулематозный язвенный энтероколит (с кровотечением)

При лечении СРК хирургические методы лечения не применяются.

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение заболевания

Диспансерное наблюдение

Регулярное наблюдение за пациентом и коррекция лечения с целью купирования симптомов и заживления слизистой оболочки. Больные ВЗК должны находиться на диспансерном учете у гастроэнтеролога (оптимальный вариант) или участкового терапевта. Основные цели диспансерного наблюдения – пролонгирование ремиссии, предупреждение обострений, своевременная диагностика осложнений. Поэтому при благоприятном течении больной должен осматриваться не реже 1 раза в квартал, если он принимает поддерживающие дозы сульфасалазина или преднизолона – ежемесячно. Эндоскопическое исследование должно проводиться не реже 1 раза в год, при ухудшении состояния, изменении клинического течения – чаще. Необходимо трудоустройство больного – освобождение от работы, связанной с командировками, ночными сменами, нерегулярным питанием, эмоциональными перегрузками.

При целиакии:

Показателями успешной реабилитации больных целиакией являются:

1. Устойчивая клиническая ремиссия;
2. Снижение до нормальных показателей иммунологических тестов;
3. Восстановление морфологической структуры слизистой оболочки тонкой кишки.

При дивертикулярной болезни:

Купирование болевого синдрома, нормализация показателей крови, положительная динамика по УЗИ кишечника.

Установление группы инвалидности при средней и тяжелой степени, ВЗК с системными проявлениями.

- Консультации (см. п. 2.6)
- Исследования (см. п. 2.5)
- Медикаментозное лечение (см. п. 3.2)
- Профилактика

4.2. Критерии оценки качества наблюдения и ведения

Лечение до достижения цели при язвенном колите:

- клиническая ремиссия (отсутствие крови в стуле, нормальная частота стула); эндоскопическая ремиссия – отсутствие воспаления (индекс Мейо 0–1).

Лечение до достижения цели при болезни Крона:

- клиническая ремиссия (отсутствие боли в животе, нормальная частота стула), эндоскопическая ремиссия – отсутствие изъязвлений.

Дополнительные цели: гистологическое заживление; биомаркерное заживление (нормализация СРБ, фекального кальпротектина).

СРК не требует планового диспансерного наблюдения и контрольных исследований.

5 / ПРИЛОЖЕНИЯ

5.1. Литература

1. Парфенов А.И., Маев И.В., Баранов А.А., Бакулин И.Г., Сабельникова Е.А., Крумс Л.М., Быкова С.В., Боровик Т.Э., Захарова И.Н. и др. «Все-российский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых». Альманах клинической медицины. 2016;44 (6): с 661- 688.
2. Парфенов А.И. Целиакия. Эволюция представлений о распространенности, клинических проявлениях и значимости этиотропной терапии. – М. Анахарис, 2007. – 372 с.
3. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Ивашкин В.Т. с соавторами, 2016.
4. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению СРК у взрослых, Ивашкин В.Т. с соавторами, 2016.

5.2. Список сокращений

БК – болезнь Крона

ВЗК – воспалительные заболевания кишечника

СРК – синдром раздраженного кишечника

АГД – аглютеновая диета

ОМС – обязательное медицинское страхование

ЯК – язвенный колит

5.3 Термины и определения

Язвенный колит – это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений.

Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений: поражением суставов (артриты или артралгии), кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), глаз (ирит, иридоциклит, увеит), слизистых оболочек (афтозный стоматит).

Глютенчувствительная целиакия – аутоиммунное, генетически детерминированное заболевание, возникающее в ответ на употребление глютена или соответствующих проламинов и характеризующееся развитием атрофии слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК), появлением в сыворотке крови специфических антител и широким спектром зависимых от глютена клинических проявлений.

Дивертикулярная болезнь – заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями воспалительного процесса и его возможными осложнениями – абсцедированием, перфорацией дивертикулов, образованием свищей, перитонитом, а также кровотечением.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя и более): связана с дефекацией, связана с изменениями частоты стула и/или формы стула. Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца или в общей продолжительности не менее 6 месяцев.



ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Заболевание	82
2	Диагностика	82
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	82
2.2.	Осмотр врача	83
2.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	84
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию.	84
2.5.	Обследования	84
2.6.	Консультации специалистов	86
2.7.	Постановка клинического диагноза	86
2.8.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	87
2.9.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	87
3	Лечение	88
3.1.	Немедикаментозное лечение	88
3.2.	Медикаментозное лечение	88
3.3.	Показания к хирургическому лечению	90
3.4.	Критерии оценки качества лечения	90
4	Наблюдение и ведение	91
4.1.	Хроническое течение заболевания.	91
4.2.	Обострение хронического заболевания	92
4.3.	Критерии оценки качества наблюдения и ведения.	92
5	Регистры по заболеванию	92
5.1.	Требования к регистру по заболеванию	92
6	Приложения	92
6.1.	Литература	92
6.2.	Список сокращений	93
6.3.	Термины и определения.	94
6.4.	Другие приложения	94

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Хронические гастриты – группа хронических заболеваний, морфологически характеризующихся воспалительными и/или дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка, развившимися вследствие определенных этиологических причин (инфекционный (*H. pylori*-ассоциированный), аутоиммунный, медикаментозный, алкогольный, химический гастриты, рефлюкс-гастрит, гастрит из-за другой специфической внешней причины).

Диагноз «хронический гастрит» устанавливается в результате морфологического исследования биоптатов из слизистой оболочки желудка

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- K29.3 Хронический поверхностный гастрит
- K29.4 Хронический атрофический гастрит
- K29.5 Хронический гастрит неуточненный
- K29.6 Другие гастриты
- K29.7 Гастрит неуточненный

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы пациента

Это заболевание может не иметь клинического эквивалента и протекает чаще всего бессимптомно. Клинические проявления: симптомы диспепсии, которые купируются после устранения этиологической причины. Сохранение или рецидив симптомов после подтвержденной эрадикации *H. pylori* свидетельствует о диагнозе функциональной диспепсии.

Симптомы диспепсии:

- Синдром эпигастральной боли – тупая боль в эпигастрии и/или жжение в эпигастрии (могут возникать после еды, натошак или уменьшаться после еды).

Постпрандиальный дистресс-синдром – чувство переполнения в эпигастрии и/или раннее насыщение (обусловленное приемом пищи).

Анамнез заболевания:

- начало заболевания (острое или постепенное);
- частота обострений и длительность ремиссий;
- наличие или отсутствие изменений в характере жалоб;
- динамика массы тела (выраженное похудание).

Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза):

- Наследственный анамнез может быть отягощен (заболевания верхних отделов, ассоциированные с *H. pylori*, в т.ч. язвенная болезнь, аденокарцинома и нейроэндокринные опухоли желудка у родственников).

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента)

- хронический гастрит, ассоциированный с *Hp* (атрофический и неатрофический), может выявляться у пациентов с язвенной болезнью в анамнезе;
- хронический аутоиммунный гастрит может сочетаться с другими аутоиммунными заболеваниями (сахарный диабет 1 типа, аутоиммунный тиреоидит, пернициозная анемия);
- рефлюкс-гастрит может сочетаться с патологией билиарного тракта

Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез)

- Прием лекарственных препаратов, раздражающих слизистую оболочку желудка, таких как НПВС, ГКС, приводящих к развитию лекарственных гастритов (НПВС-гастропатии).

2.2. Осмотр врача

- Включает стандартный физикальный осмотр, при котором возможно выявить умеренную болезненность при пальпации в эпигастриальной области при хроническом гастрите любой этиологии.
- При хроническом атрофическом гастрите «полированный» язык или язык, обложенный белым налетом.

- При аутоиммунном гастрите могут встречаться признаки авитаминоза, глоссит, фуникулярный миелоз, симптомы анемии.

2.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

Предварительный диагноз может быть сформулирован:

- Необследованная диспепсия (К 30)

Дифференциальный диагноз:

- хронический гастрит, ассоциированный с *H.pylori* (атрофическим и неатрофическим);
- лекарственный гастрит (НПВС-гастропатия);
- хронический аутоиммунный гастрит;
- функциональная диспепсия;
- язвенная болезнь.

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

- Нет

2.5. Обследования

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови (анемия вследствие НПВП-гастропатии, осложненной кровотечением, пернициозная анемия при атрофическом гастрите)
- неинвазивная диагностика *H. pylori*:
 - 13С-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложноотрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута, которые должны быть отменены за 30 дней до теста. Эти методы также рекомендованы для оценки эффективности лечения (не ранее чем через 30 дней после его завершения)

- определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, ранее не получавших антихеликобактерную терапию (при наличии в МО)

Дополнительные лабораторные исследования:

- анализ кала на скрытую кровь (при наличии анемии – диагностика острой и хронической кровопотери)
- определение антител к париетальным клеткам – при подозрении на хронический аутоиммунный атрофический гастрит
- определение в крови уровня гастрин-17 и пепсиногена I (ПГ I) и пепсиногена II (ПГ II) – при мультифокальном атрофическом гастрите

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ (до проведения ЭГДС) больным старше 45 лет; больным моложе 45 лет, находящимся на диспансерном наблюдении у кардиолога, при подозрении на гастралгическую форму инфаркта миокарда
- ЭГДС с биопсией из тела и антрального отдела желудка для морфологического исследования и/или выявления *H. pylori* (гистологическое исследование или быстрый уреазный тест – при отсутствии возможности неинвазивной диагностики *H. pylori*)

Дополнительные инструментальные исследования:

- для оценки гистологической выраженности атрофии и воспаления, формирования групп риска в качестве канцеропревенции применяется система оценки гастрита OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) (5 фрагментов из антрального отдела, тела и угла желудка)
- 24-часовая рН-метрия – исследование кислотообразующей функции желудка – при морфологически подтвержденном атрофическом гастрите
- УЗИ органов брюшной полости (по показаниям: при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите и/или при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы)
- рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием (по показаниям: при отказе пациента от ЭГДС)

2.6. Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- при положительном тесте на *H. pylori* после ранее проводимой антихеликобактерной терапии в анамнезе;
- при наличии аллергии или непереносимости препаратов первой линии антихеликобактерной терапии;
- при выявлении хронического аутоиммунного гастрита, подтвержденного морфологически;
- при наличии положительной реакции на «скрытую» кровь в кале

Гематолог:

- при гематологической картине V_{12} -дефицитной анемии

Невролог:

- при гематологической картине V_{12} -дефицитной анемии – при наличии неврологической симптоматики

Психотерапевт:

при выраженных психосоматических расстройствах;

Онколог

- по результатам биопсии (при наличии дисплазии СОЖ, при выявлении рака желудка).

2.7. Постановка клинического диагноза

Основной диагноз

- Хронический гастрит, указываются:
 - при наличии атрофии (стадия по OLGA);
 - ассоциация с *H. pylori*;
 - аутоиммунный (при наличии антител к париетальным клеткам);
 - ассоциация с приемом лекарственных препаратов (НПВС, ГКС и др.);
 - уровень кислотопродуцирующей функции желудка (при наличии данных рН-метрии)
- Сопутствующая патология/патологии

2.8. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

К ВОПу:

- хронический гастрит;
- ассоциированный с *H. pylori*

К специалисту второго уровня в амбулаторном центре/ в референс-центре:

- для определения антител к париетальным клеткам – при подозрении на хронический аутоиммунный атрофический гастрит (при отсутствии в МО первого уровня)
- для определения в крови уровня гастрина-17 и пепсиногена I (ПГ I) и пепсиногена II (ПГ II) – при мультифокальном атрофическом гастрите (при отсутствии в МО первого уровня)
- для проведения 24-часовой рН-метрии – с целью определения кислотопродукции при выраженном атрофическом гастрите (при отсутствии в МО первого уровня)
- для гистологической оценки выраженности атрофии и воспаления при помощи системы OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) (5 фрагментов из антрального отдела и тела желудка) (при отсутствии в МО первого уровня)

2.9. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Сроки постановки диагноза – 10 дней¹
- Доля исследований, проведенных в установленный срок: 100%

¹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 № 46740):

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации) в течение 10 дней с момента обращения.

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

(изменение образа жизни, лечебная физкультура, физиотерапия, вспомогательные приспособления и устройства, показания к их использованию; обучение, образование пациентов)

Диета:

- на весь период обострения заболевания;
- питание полноценное и разнообразное;
- режим питания дробный, до 6 раз в сутки, малыми порциями;
- ограничение механических и химических раздражителей ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции (при гиперацидности), веществ, длительно задерживающихся в желудке; прием продуктов, стимулирующих желудочную секрецию (при гипоацидности);
- исключение очень горячих и очень холодных блюд;
- по возможности отказ от приема ЛС, раздражающих слизистую оболочку желудка.

3.2. Медикаментозное лечение

Схема для ВОПа

Показания к назначению	Препарат по МНН (примерный)	Комментарии
Антацидные препараты		
При синдроме эпигастральной боли	Карбонат кальция (0,25–1 г x 3 р.) Фосфат алюминия (20 г x 3 р.) Гидроксид магния (15мл (1 т.) x 3–4 р.)	Применяются на этапе диагностики (до проведения ЭГДС)
Ингибиторы протонной помпы		
При синдроме эпигастральной боли Входят в схему эрадикационной терапии	Омепразол (20–80 мг/сут.) Пантопризол (40–80 мг/сут.) Рабепразол (10–20 мг/сут.) Эзомепразол (20–40 мг/сут.) Лансопризол (30 мг/сут.)	Входят в схему эрадикационной терапии Кратность приема и длительность лечения определяются индивидуально

Показания к назначению	Препарат по МНН (примерный)	Комментарии
Гастропротекторы		
	Висмута трикалия дицитрат 240 мг x 2 р./сут. (или по 120 мг x 4 р./сут.) Сукральфат 1000 мг x 4 р./сут (или 2000 мг x 2 р./сут.)	Обладают противовоспалительным эффектом Монотерапия при отсутствии доказательств наличия <i>H. pylori</i>
Прокинетики При постпрандиальном дистресс-синдроме	Метоклопрамид 10 мг 3 раза в день, курс 7–10 дней; Домперидон 10 мг 3 раза в день, курс 7–10 дней; Итоприд 50 мг 3 раза в день, курс 4–8 недель.	

Гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, является инфекционным заболеванием, основой его лечения является эрадикация *H. pylori*:

Терапия первой линии (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	амоксциллин 1000 мг 2 раза в день	кларитромицин 500 мг 2 раза в день	висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день

* Эзомеразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

При непереносимости препаратов пенициллинового ряда (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	метронидазол 500 мг 3 раза в день	тетрациклин 1000 мг 2 раза в день	висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза (или 240 мг 2 раза в день)

* Эзомеразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

Добавление пробиотиков повышает эффективность и переносимость лечения в период эрадикационной терапии.

Через 30 дней после завершения приема препаратов схемы эрадикации должно быть проведено исследование на *H. pylori* (контроль эффективности эрадикации). Определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, получавших антихеликобактерную терапию, не может быть использовано для контроля эрадикации.

3.3. Показания к хирургическому лечению

Нет

3.4. Критерии оценки качества лечения

Срок назначения лечения (фактический/в соответствии с утвержденными нормами):

- эрадикационная терапия – 14 дней

Показатели качества лечения (в процессе лечения/в конце лечения)

- купирование клинических симптомов диспепсии – через 14 дней;
- улучшение качества жизни больных – через 7 дней;
- элиминация *H. pylori* – через 30 дней после окончания эрадикационной терапии;
- регрессия гистологических признаков атрофии СОЖ – после успешной эрадикационной терапии;
- нормализация показателей крови (при V_{12} - и железодефицитной анемии) через 1,5–2 месяца.

Временные промежутки оценки эффективности лечения по заболеванию, в том числе сроки достижения целевых показателей лечения:

- не реже одного раза в 2 недели, до достижения клинической ремиссии;
- при отсутствии положительной клинической динамики – не ранее чем через 4 недели от начала лечения: консультация гастроэнтеролога – коррекция лечения и наблюдение у гастроэнтеролога до достижения клинической ремиссии;
- при достижении клинической ремиссии – осмотры в рамках диспансерного наблюдения врача-терапевта/ВОП.

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение заболевания

Диспансерное наблюдение

У больных с неатрофическим гастритом после успешной эрадикации *H. pylori* – наблюдение не требуется.

У больных с аутоиммунным и /или атрофическим гастритом после эрадикации *H. pylori*:

- **Кратность осмотра:** 1 раз в год
- **Лабораторно-инструментальные исследования:**
 - клинический анализ крови 1 раз в год;
 - ЭГДС с биопсией – кратность исследования определяется стадией атрофии по OLGA (III и IV стадии гастрита – высокий риск развития рака желудка ЭГДС 1 раз в год, при наличии дисплазии – каждые 6 месяцев).
- **Консультации специалистов:**
 - гастроэнтеролог, психотерапевт, гематолог, невролог, онколог – по показаниям (см. п. «Диагностика»)
- **Медикаментозное лечение:**
 - лечение B_{12} -дефицитной анемии – по показаниям;
 - курсовой прием гастропротекторов: висмута трикалия дицитрат 240 мг x 2р./сут. (или по 120 мг x 4 р./сут.) в течение 3 недель 2–3 раза в год;
 - сукральфат 1000 мг x 4 р./сут. (или 2000 мг x 2 р./сут.) в течение 4 недель 2 раза в год
- **Маркеры критических состояний и условия передачи на следующий уровень ведения.**
 - Онколог, хирург – при малигнизации процесса, кровотечениях при НПВС-гастропатии.

4.2. Обострение хронического заболевания

Причины

- неэффективная эрадикация *H. pylori*
- прием лекарственных препаратов (НПВС, ГКС и др.)

Обследование (см. п. 2.5)

Схема лечения (см. п. 3.2)

4.3. Критерии оценки качества наблюдения и ведения

- Купирование клинических симптомов и улучшение качества жизни – профилактика рецидива заболевания и возникновения осложнений

5 / РЕГИСТРЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

5.1. Требования к регистру по заболеванию

Перечень данных для регистра:

- Хронический гастрит, ассоциированный с *H. pylori* (распространенность инфицирования *H. pylori*)
- Хронический атрофический (в т.ч. аутоиммунный гастрит) (формирование групп риска возникновения аденокарциномы желудка, нейроэндокринных опухолей желудка)

Администрирование регистра (правила ведения, заполнения)

6 / ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада – X, 1998. Genta R.M., Rugge M. Review article: pre-neoplastic states of the gastric mucosa – a practical

approach for the perplexed clinician// Aliment. Pharmacol. Ther. – 2001.

2. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. Амстердам,1993.
3. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., Graham D.Y., El-Omar E.M., Miura S., Haruma K., Asaka M., Uemura N., Malfertheiner P. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis // Gut 2015;64:1353-1367.
4. Эмбутниекс Ю.В., Войнован И.Н., Бордин Д.С. Аутоиммунный гастрит: патогенез, современные подходы к диагностике и лечению. Фарма-тека 2017, с. 8–14.
5. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain C et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut 2017; 66 (1): 6–30. Портал Consilium Medicum: https://con-med.ru/magazines/consilium_medicum/consilium_medicum-8.1-2017/rekomendatsii_maastrikht_v_florentiyskogo_konsensusa_po_lecheniyu_khelikobakternoy_infektsii/
6. Бордин Д.С., Эмбутниекс Ю.В. и др. Европейский регистр Helicobacter pylori (Hp-EuReg): как изменилась клиническая практика в России с 2013 по 2018 г. Терапевтический архив № 2, 2019 г.
7. Клинические алгоритмы ведения пациентов, Департамент здравоохранения Москвы, 2018 г., с. 278–292.

6.2. Список сокращений

АТ к НР – антитела к Helicobacter pylori

ВОП – врач общей практики

ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ЭКГ – электрокардиография

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) – система оценки гастрита

6.3. Термины и определения

Хронические гастриты – группа хронических заболеваний, морфологически характеризующихся воспалительными и/или дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка, развившимися вследствие определенных этиологических причин (инфекционный (*H. pylori*-ассоциированный), аутоиммунный, медикаментозный, алкогольный, химический гастриты, рефлюкс-гастрит, гастрит из-за другой специфической внешней причины).

6.4 Другие приложения

Интегральный показатель стадии гастрита в системе OLGA

Стадия атрофии в антруме	Стадия атрофии в теле желудка			
	0	I	II	III
0	Стадия 0	Стадия I	Стадия II	Стадия II
I	Стадия I	Стадия II	Стадия II	Стадия III
II	Стадия II	Стадия II	Стадия III	Стадия IV
III	Стадия III	Стадия III	Стадия IV	Стадия IV



ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Заболевание	97
2	Диагностика	97
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	97
2.2.	Осмотр врача	99
2.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	100
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию.	101
2.5.	Обследования	102
2.6.	Консультации специалистов	102
2.7.	Постановка клинического диагноза (примеры диагноза)	104
2.8.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	105
2.9.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза	105
3	Лечение	106
3.1.	Немедикаментозное лечение	106
3.2.	Медикаментозное лечение	106
3.3.	Показания к хирургическому лечению	108
3.4.	Критерии оценки качества лечения	108
4	Наблюдение и ведение	109
4.1.	Хроническое течение заболевания.	109
4.2.	Обострение хронического заболевания	110
4.3.	Острое заболевание	110
4.4.	Критерии оценки качества наблюдения и ведения.	110
5	Приложения	110
5.1.	Литература	110
5.2.	Список сокращений	113
5.3.	Термины и определения.	114
5.4.	Другие приложения (таблицы).	114

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Хронический панкреатит (ХП) – группа хронических заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, воспалительной природы, характеризующихся болью в животе, развитием необратимых структурных изменений паренхимы и протоков, замещением их соединительной (фиброзной) тканью и развитием вследствие этого экзокринной и эндокринной панкреатической недостаточности.

Хронический панкреатит (ХП) является заболеванием, которое может иметь существенное влияние на качество жизни и опасные для жизни долгосрочные осложнения, включающие сахарный диабет, рак поджелудочной железы, трофологическую недостаточность.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- K86 Другие болезни поджелудочной железы
- K86.0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии
- K86.1 Другие хронические панкреатиты
- K86.2 Киста поджелудочной железы
- K86.3 Ложная киста поджелудочной железы
- K86.8 Другие неуточненные болезни поджелудочной железы
- K86.9 Болезнь поджелудочной железы неуточненная

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

- Жалобы пациента: боль в верхних отделах живота, тошнота, рвота, метеоризм, жидкий либо кашицеобразный стул, снижение веса, общая слабость.
- Симптомы, синдромы:
 - болевой синдром: постпрандиальные или постоянные боли в эпигастриальной области и/или в левом подреберье, могут носить оп-

ясывающий характер, иррадиировать в спину, левое плечо, левую лопатку, левую половину грудной клетки;

- диспепсический синдром: снижение аппетита, тошнота, рвота, метеоризм, нарушения стула (в зависимости от стадии заболевания) – чередование запоров и поносов, диарея;
 - синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы: стеаторея, снижение массы тела/индекса массы тела; гипоальбуминемия, анемия, снижение абсолютного количества лимфоцитов;
 - синдром эндокринной недостаточности поджелудочной железы (сахарный диабет, обусловленный ХП).
- Анамнез заболевания:
 - Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза)
 - наследственная триглицеридемия
 - наследственный панкреатит
 - наследственный сахарный диабет
 - аллергические реакции на лекарственные препараты (указать какие)
 - поездки в южные страны
 - непереносимости каких-либо продуктов

У большинства больных ХП развивается в результате комплексного воздействия множества факторов. К основным этиологическим факторам относят (согласно многофакторной классификации M-ANNHEIM, 2007 г. (см. Приложение 1)):

- Употребление алкоголя. Алкогольный – это ХП, развивающийся вследствие многолетнего ежедневного употребления чистого этанола в дозе 80 г/сутки или более. Однако употребление меньших доз алкоголя также может способствовать развитию ХП, особенно при наличии других факторов риска.
- Табакокурение является независимым фактором риска развития ХП, кальцификации ПЖ.

- Особенности питания. В развитии ХП важную роль играет пищевой рацион с большим содержанием жиров и белков. Роль пищевых факторов в развитии ХП подтверждается связью гиперлипидемии (в первую очередь гипертриглицеридемии) с рецидивами острого панкреатита (ОП) и, в отдельных случаях, с формированием ХП.
- Факторы, влияющие на диаметр панкреатических протоков и отток секрета ПЖ: заболевания билиарной системы (желчнокаменная болезнь, особенно – в форме холедохолитиаза, дисфункция сфинктера Одди и др.), pancreas divisum, кольцевидная ПЖ и прочие аномалии ПЖ, посттравматические рубцовые стенозы протоков ПЖ, блокада протоков ПЖ (например, опухолью). При наличии таких факторов ХП считают обструктивным.
- Иммунологические факторы. Аутоиммунный панкреатит, ассоциированный с синдромом Гужеро – Шегрена; с воспалительными заболеваниями кишечника; с аутоиммунными заболеваниями (например, с первичным склерозирующим холангитом или в виде изолированной формы (очаговой или диффузной).
- Различные редкие и метаболические факторы: гиперкальциемия и гиперпаратиреоз; хроническая почечная недостаточность; лекарственный панкреатит; токсический панкреатит.

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента):

- ЖКБ
- сахарный диабет

Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез)

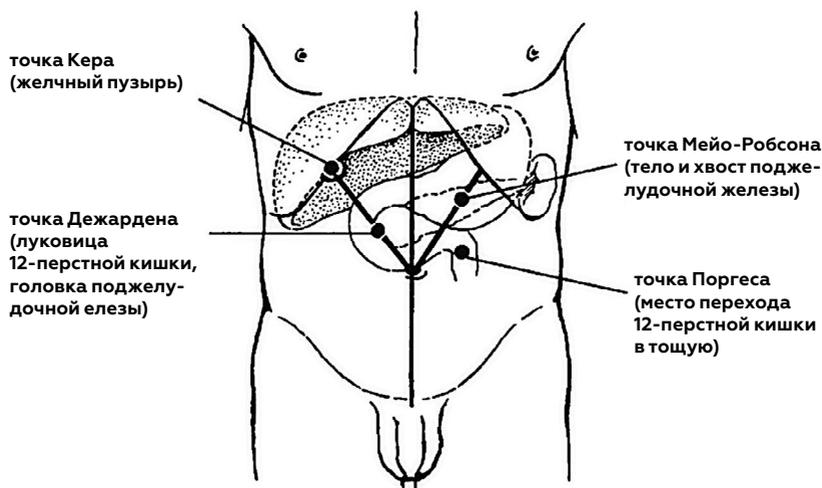
- лекарственные препараты, принимаемые пациентом в настоящее время постоянно по поводу данного заболевания либо по поводу сопутствующих заболеваний (в частности, антибиотики и НПВС)

2.2. Осмотр врача

- Объективный осмотр при обострении ХП имеет ориентировочное диагностическое значение. При преимущественном поражении головки ПЖ определяется болезненность в холедохопанкреатической зоне Шоффара (область живота, ограниченная срединной линией тела,

линией, проведенной от пупка вправо вверх под углом 45°) и в точке Дежардена (расположена на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной).

- При поражении тела железы максимум болезненности наблюдается в зоне Губергрица – Скульского (аналогична зоне Шоффара, но расположена слева) и точке Губергрица (аналогична точке Дежардена, но находится слева).
- При локализации процесса в хвостовой части железы отмечается болезненность в точке Мейо – Робсона (граница наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и середину левой рёберной дуги). Сзади данная точка проецируется в левый рёберно-позвоночный угол).



2.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

Предварительный диагноз:

- Хронический панкреатит в фазе обострения.

Дифференциальный диагноз:

- Хронический кальцифицирующий панкреатит в фазе обострения.

- Псевдотуморозный панкреатит
- Аутоиммунный панкреатит

При наличии механической желтухи дифференциальный диагноз проводится между следующими заболеваниями:

- Холедохолитиаз
- Киста головки поджелудочной железы (ПЖ)
- Рак ПЖ
- Рак желчного пузыря
- Рак большого дуоденального сосочка (БДС)
- Рак терминального отдела холедоха
- Псевдотуморозный панкреатит
- Аутоиммунный панкреатит
- Дуоденальная дегенерация
- Рак поджелудочной железы
- IgG4-зависимая склерозирующая болезнь
- Холангит
- Папиллит

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

- Интенсивные боли в животе: пациент принимает вынужденное положение, рвота пищей и/или желчью.
- При осмотре: желтушность кожных покровов и склер, резкая болезненность при пальпации живота, перитонеальные симптомы, гипертермия.
- Лабораторные показатели: лейкоцитоз, цитолиз, холестаза, гиперамилаземия, гиперамилазурия.
- Для решения вопроса об экстренной госпитализации – показано при наличии острого панкреатита, осложнений со стороны псевдокист (кровотечение, нагноение, перфорации), механической желтухи, холангита, стеноза двенадцатиперстной кишки.

2.5. Обследования

Лабораторные:

- Клинический анализ крови
- Общий белок
- Альфа-амилаза
- Липаза
- Глюкоза крови
- Общий билирубин
- Прямой билирубин
- АЛТ
- АСТ
- Щелочная фосфатаза
- ГГТ
- Холестерин
- Триглицериды
- Альбумин
- Электролиты (калий, натрий, хлор)
- Копрограмма (стеаторея)
- Эластаза кала

Инструментальные:

- УЗИ органов брюшной полости
- ЭКГ

2.6. Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (по показаниям):

- Хронический панкреатит любой этиологии в фазе обострения;
- Неэффективность ранее проводимого лечения;
- Уточнение диагноза.

При сохранении болевого синдрома для уточнения диагноза необходимо направить больного на:

- КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, предварительно определив концентрацию мочевины и креатинина крови (должны быть в пределах нормы);
- Анализ крови на онкомаркеры: СА 19-9, СЕА;
- Анализ мочи на амилазу;
- Повторную консультацию гастроэнтеролога.

Хирург (по показаниям):

- Острый панкреатит (по данным клинико-лабораторных и инструментальных исследований: при воспалительных изменениях в анализе крови: лейкоцитоз, п/я сдвиг, увеличение СОЭ; гиперферментемия, гиперамилазурии);
- Гастростаз при наличии признаков хронического панкреатита;
- При подозрении на наличие любого осложнения со стороны поджелудочной железы и ее протоковой системы, билиарной, дуоденальной и портальной гипертензии.

Изменения, выявляемые по данным УЗИ органов брюшной полости:

- Расширение общего желчного протока более 9 мм;
- Расширение главного панкреатического протока более 3 мм;
- Определение отграниченных жидкостных скоплений в структуре ПЖ или в парапанкреатической клетчатке;
- Наличие конкрементов поджелудочной железы;
- Наличие дополнительных тканевых образований в структуре ПЖ;
- Гастростаз на голодный желудок;
- Наличие ложных аневризм висцеральных артерий;
- Асцит, при наличии других признаков хронического панкреатита;
- Гидроторакс, при наличии других признаков хронического панкреатита;
- Выраженный болевой синдром, не купирующийся на фоне комплексной многокомпонентной консервативной терапии.

При наличии одного из описанных выше изменений необходимо направить больного на:

- КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, предварительно определив концентрацию мочевины и креатинина крови (должны быть в пределах нормы);
- Анализ крови на онкомаркеры: СА 19-9, СЕА;
- Анализ мочи на амилазу;
- Повторную консультацию хирурга.

Показания для определения уровня онкомаркеров:

- Наличие тканевого объемного образования в структуре поджелудочной железы.

Эндокринолог (по показаниям)

- При повышении глюкозы в крови и появлении клинических признаков сахарного диабета

2.7. Постановка клинического диагноза (примеры диагноза)

Основной диагноз:

- Хронический панкреатит 1 ст., M-ANNHEIM A, минимальной степени тяжести (3 балла) в фазе обострения
- Хронический кальцифицирующий панкреатит 2 ст., M-ANNHEIM B, умеренная степень тяжести (10 баллов). Панкреонекроз в (указать год)
- Осложнения основного: Панкреатическая гипертензия. Вирсунголиитаз. Постнекротическая поджелудочной железы

Другие:

- Кистозное образование поджелудочной железы: внутрипротоковая муцинозная неоплазия (IPMN) боковой (главный, смешанный) тип.
- Кистозное образование поджелудочной железы: серозная (муцинозная) цистаденома.

Сопутствующая патология/патологии

- ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит
- ЖКБ. Холецистэктомия в (указать год)

2.8. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

К ВОПу

- хронический панкреатит в фазе ремиссии.

К специалисту второго уровня в амбулаторном центре/ в референс-центре:

- Обострение хронического панкреатита любой этиологии;
- Выявление кистозных образований поджелудочной железы.

2.9. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Сроки постановки диагноза – 10 дней¹
- Доля исследований, проведенных в установленный срок: 100%

¹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 № 46740):

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации) в течение 10 дней с момента обращения.

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

(изменение образа жизни, лечебная физкультура, физиотерапия, вспомогательные приспособления и устройства, показания к их использованию; обучение, образование пациентов)

Соблюдение диеты и режима питания:

- диета в фазе обострения – химически и механически щадящая пища с исключением острого, жирного, жареного, копченого: протертые супы, паровые котлеты из мяса, рыбы, птицы; овощи и фрукты в отварном виде, ограничение молочных продуктов. Режим питания дробный, небольшими порциями (5–6 раз в день). Диета должна быть сбалансирована по жирам, белкам и углеводам;
- диета в фазе ремиссии – сбалансированная диета (с обязательной ферментной заместительной терапией в адекватной дозе): непротертые супы, мясо, рыба и птица в отварном и тушеном виде, включается клетчатка в сыром виде (овощи, фрукты), должна содержать повышенное количество белка – 120–140 г /сут.;
- исключение алкоголя и табакокурения.

3.2. Медикаментозное лечение

- Схема для ВОПа. Медикаментозное лечение (назначение осуществляет гастроэнтеролог)
- Схема для специалиста в амбулаторном центре (см. Таблицу 1)

Таблица 1. Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ненаркотические анальгетики		
Купирование болевого синдрома	Парацетамол 1000–2000 мг/сут. Кетопрофен 100–200 мг/сут. Диклофенак натрия 50–150 мг/сут.	Доза подбирается индивидуально, начиная с самой низкой эффективной

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Спазмолитики		
Купирование болевого синдрома	Дротаверина гидрохлорид 120–240 мг/сут. Мебеверин 200–400 мг/сут.	Можно сочетать с ненаркотическими анальгетиками
Полиферментные препараты		
Коррекция экзокринной функции при отсутствии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы	Минимикросферы или микротаблетки панкреатина 30 000–50 000 Ед липазы/сут.	По 10 000 Ед липазы на каждый прием пищи Продолжительность определяется индивидуально
Коррекция экзокринной функции при наличии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (в зависимости от степени тяжести)	Минимикросферы или микротаблетки панкреатина 125 000–250 000 Ед липазы/сут.	От 25 000 Ед до 50 000 Ед 3 раза в сутки в основные приемы пищи и от 10 000 Ед до 25 000 Ед 2–3 раза в сутки в перекусы. Лечение проводится постоянно
Антисекреторная терапия		
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол 20 мг–80 мг/сут. Пантопризол 40–80 мг/сут. Рабепразол 10–20 мг/сут. Эзомепразол 20–40 мг/сут. Лансопризол 30 мг/сут.	Не рекомендуются для лечения боли при хроническом панкреатите. Показаны при недостаточной эффективности адекватной дозы ферментной терапии (назначается гастроэнтерологом) и при назначении НПВП больным с факторами риска ЖКК
Лечение сахарного диабета		
Коррекция сахарного диабета	Препараты инсулина	Осуществляется эндокринологом

3.3. Показания к хирургическому лечению

Хирургическое лечение хронического панкреатита определяется хирургом:

- Наличие псевдокист поджелудочной железы более 3 см в диаметре
- Наличие панкреатической гипертензии, сопровождающейся болевым синдромом
- Наличие признаков механической желтухи на фоне увеличения размеров головки поджелудочной железы
- Наличие признаков гастростаза на фоне увеличения размеров головки поджелудочной железы
- Дистрофия двенадцатиперстной кишки
- Наличие ложных аневризм висцеральных артерий
- Наличие внутренних панкреатических свищей
- Выраженный болевой синдром без выраженных структурных изменений поджелудочной железы, не купирующийся применением комплексной многокомпонентной консервативной терапии
- При наличии рака поджелудочной железы
- Наличие подпеченочной портальной гипертензии на фоне увеличения размеров головки поджелудочной железы

3.4. Критерии оценки качества лечения

Показатели качества лечения (в процессе лечения/в конце лечения):

- Уменьшение болевого симптома
- Отсутствие диспепсических явлений

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение заболевания

Диспансерное наблюдение

- **Срок.** При неосложненном течении и отсутствии рецидивов – в течение 5 лет; при осложненном течении, нарушении функции поджелудочной железы – пожизненно
- **Кратность осмотра.** 1 раз в год с определением индекса массы тела (кг/м²).
- **Обязательные лабораторные исследования:**
 - клинический анализ крови – 1 раз в год;
 - биохимический анализ крови (общий холестерин, альбумин, амилаза, липаза, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин) – 1 раз в год;
 - глюкоза – 4 раза в год.
- **Обязательные инструментальные исследования:**
 - УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год.
- **Консультации специалистов:**
 - Гастроэнтеролог – 1 раз в год, при осложненном течении – 2 раза в год.
 - Эндокринолог – 1 раз в год (при выявлении гипергликемии, сахарного диабета).
 - Хирург – 1 раз в год (при стойком болевом синдроме).
- **Диспансерное наблюдение** после выписки больного, перенесшего открытое хирургическое лечение, из хирургического стационара:
 - Кратность осмотра: 1 раз в неделю в течение 3 недель
 - Оценка: состояние послеоперационных швов (отсутствие воспаления, жидкостных скоплений в ПЖК), исключение эвентрации, контроль выполнения рекомендаций, снятие швов при необходимости, исключение инфекционных осложнений.

- Диспансерное наблюдение после выписки больного, перенесшего мини-инвазивное хирургическое лечение, из хирургического стационара:
 - Кратность осмотра: 1 раз в неделю в течение 3 недель.
 - Оценка: контроль выполнения рекомендаций, исключение инфекционных осложнений.

4.2. Обострение хронического заболевания

- Причины: действие этиологического фактора.
- Обследование: УЗИ органов брюшной полости, клинический, биохимический анализ крови, диастаза мочи.
- Схема лечения: схема лечения подбирается индивидуально.

4.3. Острое заболевание

- Острое заболевание – стационарное лечение в хирургическом отделении.

4.4. Критерии оценки качества наблюдения и ведения

- Достижение целевых количественных показателей лечения и состояния пациента:
 - купирование клинических симптомов и улучшение качества жизни, отсутствие необходимости хирургического лечения; развития гипергликемии, сахарного диабета;
 - профилактика рецидива заболевания и возникновения осложнений.

5 / ПРИЛОЖЕНИЯ

5.1. Литература

1. Рекомендации Научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению хронического панкреатита (приняты 11 съездом НОГР 2 марта 2011 г. на заседании Российского панкреатического клуба). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2011.

2. Дубцова Е.А., Кирюкова М.А., Никольская К.А., Бордин Д.С. Влияние заместительной ферментной терапии на течение хронического панкреатита и рака поджелудочной железы. Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 18. С. 30–34. DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-18-30-34.
3. Винокурова Л.В., Лесько К.А., Бордин Д.С., Дубцова Е.А. Тюляева Е.Ю., Варванина Г.Г. Поиск новых подходов к дифференциальной диагностике заболеваний поджелудочной железы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2019, № 3 (выпуск 163), С. 16–22.
4. Винокурова Л.В., Хатьков И.Е., Бордин Д.С., Дубцова Е.А., Никольская К.А., Агафонов М.А., Андрианов А.В. Дуоденальная дистрофия: междисциплинарная проблема. Терапевтический архив, 2016, том 88, № 2, С. 71–74.
5. Костюченко Л.Н., Дубцова Е.А., Смирнова О.А., Никольская К.А., Кузьмина Т.Н., Субботин В.В., Костюченко Д.В., Николаев Д.В. Дифференцированный подход к выбору тактики нутриционного лечения при хроническом панкреатите. Фарматека, 2016, № 2 [315], С. 74–79.
6. Винокурова Л. В., Шулятьев И.С., Дубцова Е.А., Агафонов М.А. Значение наследственных факторов в формировании осложнений у больных хроническим панкреатитом. Терапия 2016, №3 (7), С. 48–52.
7. Винокурова Л.В., Варварина Г.Г., Дубцова Е.А., Смирнова А.В., Агафонов М.А. Особенности ферментозаместительной терапии алкогольного панкреатита. Лечащий врач 2016, № 12.
8. Хатьков И.Е., Маев И.В., Бордин Д.С., Кучерявый Ю.А., Гриневич В.Б. от имени экспертов Консенсуса. Спорные вопросы Российского консенсуса по диагностике и лечению хронического панкреатита. Альманах клинической медицины. 2016; 44 (6): 654–660.
9. Хатьков И.Е., Маев И.В., Бордин Д.С. и др. Российский консенсус по диагностике и лечению хронического панкреатита: акцент на нутритивный статус и вопросы питания. Фарматека 2016, № 12, С. 27–32.
10. Винокурова Л.В., Варванина Г.Г., Дубцова Е.А., Смирнова А.В., Агафонов М. А. Особенности ферментозаместительной терапии алкогольного панкреатита. Лечащий врач. 2017. № 1. С. 62–65.
11. Хатьков И.Е., Бордин Д.С., Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Дубцова Е.А., Винокурова Л.В., Никольская К.А. и др. Российский консенсус по диа-

гностике и лечению хронического панкреатита: этиология хронического панкреатита и диагностика внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Дневник Казанской медицинской школы, 2017, №2, С. 33–38.

12. Хатьков И.Е., Маев И.В., Бордин Д.С., Винокурова Л.В., Дубцова Е.А., Никольская К.А. Российский консенсус по диагностике и лечению хронического панкреатита: лечение абдоминальной боли. Доктор.Ру 2017., № 2(131), С. 38–45.
13. Дубцова Е.А., Никольская К.А., Винокурова Л.В., Бордин Д.С., Варванина М.А., Агафонов М.А. Развитие функциональной недостаточности поджелудочной железы после резекционных операций и способы её коррекции. Фарматека, 2017, № 2, с. 39–42.
14. Винокурова Л.В., Варванина Г.Г., Дубцова Е.А., Бордин Д.С., Смирнова А.В., Трубицына И.Е. Хронический панкреатит как фактор риска развития сахарного диабета. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, 2018, №2, С.42–44.
15. И.Е. Хатьков, И.В. Маев, С.Р. Абдулхатов, С.А. Алексеенко, Р.Б. Алиханов, И.Г. Бакулин, Н.В. Бакулина, А.Ю. Барановский, Е.В. Белобородова, Е.А. Белоусова, С.Э. Восканян, Л.В. Винокурова, В.Б. Гриневич, В.В. Дарвин, Е.А. Дубцова, Т.Г. Дюжева, В.И. Егоров, М.Г. Ефанов, Р.Е. Израилов, В.Л. Коробка, Б.Н. Котив, Н.Ю. Коханенко, Ю.А. Кучерявый, М.А. Ливзан, В.К. Лядов, К.А. Никольская, М.Ф. Осипенко, В.Д. Пасечников, Е.Ю. Плотникова, О.А. Саблин, В.И. Симаненков, В.В. Цвиркун, В.В. Цуканов, А.В. Шабунин, Д.С. Бордин «Российский консенсус по экзо- и эндокринной недостаточности поджелудочной железы после хирургического лечения», Терапевтический архив, 2018, № 8, С. 13–26.
16. Варванина Г.Г., Трубицына И.Е., Смирнова А.В., Дубцова Е.А., Носкова К.К., Винокурова Л.В. «Механизмы регуляции гликемии через систему гастроинтестинальных гормонов у больных хроническим панкреатитом», Доктор Ру. гастроэнтерология, 2018, № 7(151), С. 39–42.
17. Литвинова М.М., Айгинин А.А., Мацвай А.Д., Пимкина Е.В., Сперанская А.С., Шипулин Г.А., Винокурова Л.В., Никольская К.А., Дубцова Е.А., Бордин Д.С., Хафизов К.Ф. Генетические факторы развития хронического панкреатита. Вопросы практической педиатрии 2018;13(3):29-40.

18. Дубцова Е.А., Винокурова Л.В., Никольская К.А., Кирюкова М.А., Бордин Д.С. Хронический панкреатит как фактор риска рака поджелудочной железы (описание клинического случая). Альманах клинической медицины, 2018, 46 (6), с/258 – 265/ doi/10.18786/2072-0505-2018 – С. 46-6.
19. Коваленко Д.Д., Пронина Г.М., Быстровская Е.В., Никольская К.А., Носкова К.К., Щадрова В.В., Бордин Д.С., Дубцова Е.А. Сложности дифференциальной диагностики кистозного новообразования поджелудочной железы: клинический пример. Consiliummedicum. 2018. Т. 20. №8, С. 53–57.
20. Анциферов М.Б., Арутюнов Г.П., Белевский А.С., Бордин Д.С., Васильева Е.Ю., Жилиев Е.В., Костюк Г.П., Котенко О.Н., Крюков А.И., Сметанина С.В., Потекаев Н.Н., Пушкарь Д.Ю., Хатьков И.Е., Шамалов Н.А. Клинический алгоритм ведения пациентов. Департамент здравоохранения города Москвы, 2018, 360 с.

5.2. Список сокращений

ГПП – главный панкреатический проток

ДПК – двенадцатиперстная кишка

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

МРХПГ – магнитно-резонансная холангиопанкреатография

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

ОП – острый панкреатит

ПЖ – поджелудочная железа

ХП – хронический панкреатит

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

ЭУС – эндоскопическая ультрасонография

НН – нутритивная недостаточность

НПЖ – недостаточность поджелудочной железы

ВНПЖ – внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы

ЭНЖП – экзокринная недостаточность поджелудочной железы

СД – сахарный диабет

5.3. Термины и определения

Хронический панкреатит (ХП) – группа хронических заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, воспалительной природы, характеризующихся болью в животе, развитием необратимых структурных изменений паренхимы и протоков, замещением их соединительной (фиброзной) тканью и развитием вследствие этого экзокринной и эндокринной панкреатической недостаточности.

5.4. Другие приложения (таблицы)

Приложение 1

Оценочная балльная система M-ANNHEIM для оценки тяжести ХП (по A. Schneider et al., 2007)

Особенности ХП		Оценка, баллы
Боль		
При отсутствии лечения боли нет	нет необходимости в назначении медикаментов для ослабления боли	0
Рецидивный ОП	между эпизодами ОП боли нет	1
Боль исчезает при назначении медикаментов	при приеме анальгетиков и/или проведении эндоскопического лечения боль исчезает	2
Периодическая боль	есть периоды, когда боль отсутствует, независимо от наличия или отсутствия медикаментозного лечения; возможны эпизоды ОП	3
	пациенты постоянно жалуются на боль, независимо от того, какое лечение проводится; возможны эпизоды ОП	4
Контроль боли		
Нет необходимости в медикаментах		0
Необходимы ненаркотические или слабые наркотические анальгетики		1

Необходимы мощные опиоидные анальгетики или эндоскопическое вмешательство	2
Хирургическое лечение	
Хирургическое вмешательство на ПЖ по любым показаниям	4
Экзокринная недостаточность ПЖ	
Отсутствие экзокринной недостаточности	0
Наличие легкой, умеренной или необъективизированной экзокринной недостаточности, которая не требует ферментной заместительной терапии (в эту категорию включают и пациентов, которые жалуются на периодическую диарею)	1
Доказанная экзокринная недостаточность ПЖ (по данным функциональных тестов) или тяжелая панкреатическая недостаточность, которая подтверждена количественным исследованием жира в кале (>7 г жира/24 часа), причем проявления этой недостаточности исчезают или значительно уменьшаются при приеме ферментных препаратов	2
Эндокринная недостаточность	
Отсутствие сахарного диабета	0
Наличие сахарного диабета	4
Структурные изменения ПЖ по результатам визуализации (оценка проводится по Кембриджской классификации)	
Норма	0
Сомнительный ХП	1
Легкие изменения	2
Умеренные изменения	3
Тяжелые изменения	4
Тяжелые осложнения со стороны внутренних органов (не включены в Кембриджскую классификацию)	
Отсутствие осложнений	0
Обратимые осложнения	2
Необратимые осложнения	4

Индекс тяжести хронического панкреатита M-ANNHEIM

A – 0–5 баллов (минимальная степень тяжести)

B – 6–10 баллов (умеренная степень тяжести)

C – 11–15 баллов (средняя степень тяжести)

D – 16–20 баллов (выраженная степень тяжести)

E – более 20 баллов (тяжелая степень тяжести)



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Заболевание	118
2	Диагностика	119
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	119
2.2.	Осмотр врача	120
2.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	120
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию.	121
2.5.	Обследования	122
2.6.	Консультации специалистов	123
2.7.	Постановка клинического диагноза	123
2.8.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	125
2.9.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза	126
3	Лечение	126
3.1.	Немедикаментозное лечение	126
3.2.	Медикаментозное лечение	127
3.3.	Показания к хирургическому лечению	128
3.4.	Критерии оценки качества лечения	129
4	Наблюдение и ведение	130
4.1.	Хроническое течение заболевания.	130
4.2.	Обострение хронического заболевания	130
4.3.	Критерии оценки качества наблюдения и ведения.	131
5	Регистры по заболеванию	131
5.1.	Требования к регистру по заболеванию	131
6	Приложения	134
6.1.	Литература	134
6.2.	Список сокращений	135
6.3.	Термины и определения.	135

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Для диагностики заболевания обязательно наличие язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке и/или рубцовой деформации по данным ЭГДС и рентгенологического исследования.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

- K25.0 – острая с кровотечением
- K25.1 – острая с прободением
- K25.2 – острая с кровотечением и прободением
- K25.3 – острая без кровотечения и прободения
- K25.4 – хроническая или неуточненная с кровотечением
- K25.5 – хроническая или неуточненная с прободением
- K25.6 – хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
- K25.7 – хроническая без кровотечения и прободения
- K25.9 – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

Язва двенадцатиперстной кишки (K26)

- K26.0 – острая с кровотечением
- K26.1 – острая с прободением
- K26.2 – острая с кровотечением и прободением
- K26.3 – острая без кровотечения и прободения
- K26.4 – хроническая или неуточненная с кровотечением
- K26.5 – хроническая или неуточненная с прободением

- K26.6 – хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
- K26.7 – хроническая без кровотечения и прободения
- K26.9 – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы пациента:

- боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничной отдел позвоночника;
- боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка);
- при язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2–3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли;
- боли проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов;
- возможно бессимптомное течение заболевания.

Анамнез заболевания:

- начало заболевания (острое или постепенное);
- частота обострений и длительность ремиссий;
- наличие или отсутствие изменений в характере жалоб;
- динамика массы тела (выраженное похудание);
- «симптомы тревоги»: мелена, рвота кровью, слабость, эпизоды потери сознания

Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза)

- Наследственный анамнез может быть отягощен (заболевания верхних отделов, ассоциированные с *H. pylori*, в т.ч. язвенная болезнь, аденокарцинома у родственников);
- Прием лекарственных препаратов, раздражающих слизистую оболочку, таких как НПВС, ГКС;
- Факторы риска (курение, употребление алкоголя, особенности питания).

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента)

- Хронический гастрит, ассоциированный с *Hp*

Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез)

- Текущая терапия ЯБ
- Предшествующая терапия ЯБ
- Данные о приверженности или недостаточной приверженности к лечению, эффективность и побочные эффекты препаратов (в т.ч. проводимая ранее эрадикационная терапия)

2.2. Осмотр врача

Включает стандартный физикальный осмотр, при котором возможно выявить симптомы, позволяющие предположить ЯБ (эти признаки не являются строго специфичными для обострения ЯБ):

- болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки;
- локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя).

2.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

Язвенную болезнь необходимо дифференцировать:

- С симптоматическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки:
 - лекарственные (НПВП, антиагреганты, ГКС и др.)
 - «стрессовые»

- при эндокринной патологии (синдром Золлингера–Эллисона, сахарный диабет, гиперпаратиреоз и др.),
- сосудистые язвы («ишемические» язвы)
- при других хронических заболеваниях внутренних органов (цирроз печени и др.)
- С заболеваниями сердца
 - ИБС (ОИМ, стенокардия, синдром X) – боли менее 5–10 минут в проекции верхней и средней трети грудины, реже нижней трети; жгучая, давящего характера; связь боли с физической нагрузкой; иррадиация в левую руку, плечо, лопатку, челюсть; одышка (затрудненный вдох); страх смерти; эффект от нитроглицерина; наличие признаков стенокардии на ЭКГ
 - Заболевания перикарда
- Патология пищевода
 - ГПОД
 - Эзофагоспазм
 - Рак (опухоль) пищевода
 - Дивертикул пищевода
- Сифилис, туберкулез ЖКТ
- Хронический холецистит
- Хронический панкреатит
- Рак желудка
- Распространенный остеохондроз позвоночника
- Функциональная диспепсия

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

Осложненное течение ЯБ: кровотечение, прободение, пенетрация

2.5. Обследования

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови (анемия – «симптом тревоги»! возможно ЖКК)
- анализ кала на скрытую кровь («+» – «симптом тревоги»! возможно ЖКК)
- неинвазивная диагностика *H. pylori*:
- ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (не входит в оплату за счет средств ОМС). Могут быть ложно-отрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута, которые должны быть отменены за 30 дней до теста. Эти методы также рекомендованы для оценки эффективности лечения (не ранее чем через 30 дней после его завершения);
- определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, ранее не получавших антихеликобактерную терапию (при наличии в МО)

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ (до проведения ЭГДС) больным старше 45 лет; больным моложе 45 лет, находящимся на диспансерном наблюдении у кардиолога, при подозрении на гастралгическую форму инфаркта миокарда;
- ЭГДС с биопсией из края язвы желудка для проведения морфологической диагностики и из антрального отдела желудка для выявления *H. pylori*;
- УЗИ органов брюшной полости (дифференциальный диагноз с заболеваниями гепатобилиарного тракта)

Дополнительные инструментальные исследования:

- рентгенологическое исследование – проводится в тех случаях, когда пациенту не удастся проведение эндоскопического исследования, в целях дифференциального диагноза доброкачественной язвы и рака желудка, а также верификации пилоробульбарных стенозов.

2.6. Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- при выявлении осложнений ЯБ при ЭГДС (состоявшееся ЖКК, пилоробульбарный стеноз)
- при наличии анемии, положительной реакции на «скрытую» кровь в кале (при отсутствии эндоскопических признаков продолжающегося ЖКК)
- при сохранении симптоматики и/или эрозивно-язвенных изменений в желудке/ДПК при ЭГДС после лечения (4 недели);
- при положительном тесте на *H. pylori* после ранее проводимой антихеликобактерной терапии в анамнезе;
- при наличии аллергии или непереносимости препаратов первой линии антихеликобактерной терапии;
- после оперативного вмешательства на органах пищеварения

Хирург:

- в экстренном порядке – при наличии клинических признаков перфорации язвы или кровотечения из язвы;
- в плановом порядке – для решения вопроса о целесообразности оперативного лечения язвенной болезни при наличии осложнений (пилоробульбарный стеноз, пенетрация язвы, кровотечение в анамнезе)

Психотерапевт:

- при выраженных психосоматических расстройствах

Онколог:

- по результатам биопсии (малигнизация язвы)

2.7. Постановка клинического диагноза

Основной диагноз: Язвенная болезнь. При формулировании диагноза язвенной болезни необходимо указать следующее:

- Локализация процесса:

Язва желудка:

- кардиального и субкардиального отделов,
- тела желудка,
- антрального отдела,
- на малой / большой кривизне желудка,
- на передней стенке желудка,
- на задней стенке желудка,
- пилорического канала;

Язва ДПК:

- луковицы,
- постбульбарного отдела,
- на задней стенке двенадцатиперстной кишки,
- на передней стенке двенадцатиперстной кишки;

Сочетанная язва:

- локализация в желудке;
- локализация в ДПК;

Пептическая язва анастомоза:

Размеры язвенного дефекта или дефектов:

- Указываются цифровые значения всех язвенных дефектов.
- Ассоциация с инфекцией НР: наличие/отсутствие.
- Ассоциация с приемом ЛП, раздражающих СОЖ, при наличии.

Клиническое течение:

- впервые выявленная;
- хроническое (в диагнозе указывается только вариант рецидивирования):
 - редко рецидивирующее;
 - рецидивирующее;
 - непрерывно-рецидивирующее.

Фаза процесса:

- обострение (указывается при хроническом течении);
- рубцевание (стадия «красного» и/или «белого» рубца), или хроническая длительно не рубцующаяся язва, резистентная язва
- ремиссия, рубцово-язвенная деформация желудка и/или двенадцатиперстной кишки (при наличии).

Осложнения ЯБ (в том числе анамнестические):

- кровотечение;
- прободение;
- пенетрация;
- стенозы пилородуоденальной зоны;
- малигнизация и др.

Оперативные вмешательства по поводу ЯБ (если они проводились)

Сопутствующая патология/патологии

2.8. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

К ВОПу:

- ЯБ, неосложненного течения, ассоциированная с инфекцией НР, приемом ЛС, размеры: до 1 см в желудке, до 0,5 см в луковице двенадцатиперстной кишки

К специалисту второго уровня в амбулаторном центре/в референс-центре:

- при наличии анемии, положительной реакции на «скрытую» кровь в кале (при отсутствии эндоскопических признаков продолжающегося ЖКК);
- при сохранении симптоматики и/или эрозивно-язвенных изменений в желудке/ДПК при ЭГДС после лечения (4 недели);
- при положительном тесте на *H. pylori* после ранее проводимой антихеликобактерной терапии в анамнезе;

- при наличии аллергии или непереносимости препаратов первой линии антихеликобактерной терапии;
- после оперативного вмешательства на органах пищеварения;
- часто рецидивирующее течение (обострение 3 раза в год и чаще);
- при выявлении осложнений ЯБ при ЭГДС (язва с признаками пенетрации, язва с признаками состоявшегося кровотечения, пилоробульбарный стеноз);
- язва желудка более 1 см, язва луковицы двенадцатиперстной кишки более 0,5 см

2.9. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Сроки постановки диагноза – 10 дней¹
- Доля исследований, проведенных в установленный срок: 100%

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

(изменение образа жизни, лечебная физкультура, физиотерапия, вспомогательные приспособления и устройства, показания к их использованию; обучение, образование пациентов)

Диета:

- Диетические рекомендации – полноценное питание с исключением продуктов, имеющих высокую кислотность и повышающих секрецию желудочного сока (курение, употребление алкоголя).

¹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740):

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации) в течение 10 дней с момента обращения.

- Во всех случаях перед назначением НПВП должно быть проведено обследование на наличие *H. pylori*, при обнаружении – эрадикация инфекции.
- При приеме НПВП (в анамнезе) и возможности их отмены – это необходимо сделать. При невозможности отмены НПВП и необходимости их дальнейшего приема – после рубцевания язвы обеспечить поддерживающую терапию ИПП в терапевтической дозе однократно утром (за 30 минут до приема пищи) на весь срок приема НПВП.

3.2. Медикаментозное лечение

Схема для ВОПа

При выявлении *H. pylori* обязательна эрадикационная терапия

Терапия первой линии (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	амоксциллин 1000 мг 2 раза в день	кларитромицин 500 мг 2 раза в день	висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

При непереносимости препаратов пенициллинового ряда (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	метронидазол 500 мг 3 раза в день	тетрациклин 1000 мг 2 раза в день	висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза (или 240 мг 2 раза в день)

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

Добавление пробиотиков повышает эффективность и переносимость лечения в период эрадикационной терапии.

Через 30 дней после завершения приема препаратов схемы эрадикации должно быть проведено исследование на *H. pylori* (контроль эффективности эрадикации). Определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, получавших антихеликобактерную терапию, не может быть использовано для контроля эрадикации.

Особенности лечения:

- после завершения курса эрадикации у больных с неосложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки медикаментозная терапия может быть прекращена; при осложненном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и при язвенной болезни желудка – терапия ИПП и/или препаратом висмута трикалия дицитрата проводится до подтвержденного при ЭГДС-контроле рубцевания язвы;
- при достоверном подтверждении отсутствия *H. pylori* – терапия ИПП и/или препаратом висмута трикалия дицитрата проводится в течение 4 недель, с последующим ЭГДС-контролем;
- у больных с обострением язвенной болезни и невозможностью исследования на *H. pylori* в период обострения допустимо лечение обострения ИПП и/или препаратом висмута трикалия дицитрата до достижения ремиссии. При этом обязательно обследование на *H. pylori* в период ремиссии, при подтверждении наличия этой бактерии обязателен курс эрадикации.

3.3. Показания к хирургическому лечению

Абсолютные показания:

- Перфорация язвы.
- Профузное язвенное кровотечение (при неэффективности консервативных мероприятий и эндоскопического гемостаза).
- Органический пилоробульбарный и/или постбульбарный рубцово-язвенный стеноз с нарушением эвакуации из желудка.
- Обоснованные подозрения на малигнизацию желудочной язвы.

Относительные показания:

- Рецидивирующие язвенные гастродуоденальные кровотечения во время стационарного лечения или повторные кровотечения в анамнезе независимо от их тяжести.
- Множественные язвы.
- Пенетрирующие язвы.
- Рецидивы язвенной болезни после ушивания перфоративной язвы.
- Гигантские и каллезные, длительно не рубцующиеся язвы, плохо поддающиеся консервативному лечению.
- Неэффективность консервативной терапии (после проведения не менее 2–3 курсов стационарного лечения) с частыми рецидивами и краткосрочными ремиссиями (не более 4–6 месяцев).

3.4. Критерии оценки качества лечения

Срок назначения лечения (фактический/ в соответствии с утвержденными нормами):

- Эрадикационная терапия –14 дней.

Показатели качества лечения (в процессе лечения/ в конце лечения)

- Через неделю лечения: купирование клинических проявлений заболевания. При отсутствии эффекта лечения увеличение дозы ИПП, замена ИПП другим препаратом данной группы.
- Через две недели лечения: контрольная ЭГДС. При уменьшении размеров язвенного дефекта продолжение лечения в прежнем объеме. При отсутствии положительной эндоскопической динамики обязательная повторная биопсия (независимо от локализации язвы).
- При отсутствии положительной клинической динамики не ранее чем через 4 недели от начала лечения: консультация гастроэнтеролога – коррекция лечения и наблюдение у гастроэнтеролога до достижения клинической ремиссии;
- Элиминация *H. pylori* – через 30 дней после окончания эрадикационной терапии;

Временные промежутки оценки эффективности лечения по заболеванию, в том числе сроки достижения целевых показателей лечения:

- не реже одного раза в 2 недели, до достижения клинической ремиссии;
- при достижении клинической ремиссии – осмотры в рамках диспансерного наблюдения врача-терапевта/ВОП.

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение заболевания

Диспансерное наблюдение

- **Срок.** В течение 5 лет с момента последнего обострения.
- **Кратность осмотра** 1 раз в год.
- **Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:**
 - клинический анализ крови – 1 раз в год;
 - анализ кала на скрытую кровь – 1 раз в год;
 - ЭГДС, биопсия – кратность по показаниям.
- **Консультации специалистов**
 - Гастроэнтеролог по показаниям (см. п. 2.6).
- **Маркеры критических состояний и условия передачи на следующий уровень ведения:**
 - Онколог, хирург – при малигнизации процесса, при возникших осложнениях ЯБ (см. выше) – см. п. 2.6.

4.2. Обострение хронического заболевания

Причины

- неэффективная эрадикация *H. Pylori*;
- «симптоматические язвы».
- Обследование (см. п. 2.5)
- Схема лечения (см. п. 3.2)

4.3. Критерии оценки качества наблюдения и ведения

Достижение целевых количественных показателей лечения и состояния пациента:

- купирование клинических симптомов и улучшение качества жизни, отсутствие необходимости хирургического лечения;
- профилактика рецидива заболевания и возникновения осложнений.

5 / РЕГИСТРЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

5.1. Требования к регистру по заболеванию

Перечень данных для регистра:

- Язвенная болезнь, ассоциированная с *H. pylori* (распространенность инфицирования *H. pylori*, контроль качества диагностики и лечения, формирование групп риска возникновения аденокарциномы желудка)

Администрирование регистра (правила ведения, заполнения)

Пациент _____ № в регистре _____

- Дата рождения «___» _____ 19___ г.

- Дата визита «___» _____ 201___ г.

- Пол муж. жен.

- Этническая принадлежность _____

Сопутствующая патология

- лекарственная аллергия – **нет да**. Если ДА, указать препараты _____

- значимые сопутствующие заболевания _____

- сопутствующая терапия в настоящее время _____

Данные о заболевании, ассоциированном с НР

диагноз и показания для лечения

ЯБ 12 п. к. ЯБ желудка Функциональная диспепсия Неуточненная диспепсия Другое _____

Симптомы со стороны верхних отделов пищеварительного тракта

Изжога Диспепсия Другой _____

Диагностический тест, который использовался для диагностики НР

13С-уреазный дыхательный тест Уреазный дыхательный тест Серология

Антиген в стуле (моноклональный тест) Антиген в стуле (поликлональный тест) **Гистология Быстрый уреазный тест Культуральный метод Никакой**

дата выполнения теста «___» _____ 201__ г.

Если использовался культуральный метод, проводилась оценка резистентности НР к антибиотикам – **нет да**

Резистентность к антибиотикам:

не оценивалась кларитромицин метронидазол хинолоны амоксициллин тетрациклин

- количество предыдущих попыток эрадикации _____

- использовавшиеся схемы (препараты и длительность) _____

Назначенная терапия (лекарства, доза и кратность приема, длительность):

ИПП (оме, лансо, панто, рабе, эзо) _____ мг _____ раз в день _____ дней

амоксициллин _____ мг _____ раз в день _____ дней

кларитромицин _____ мг _____ раз в день _____ дней

тетрациклин _____ мг _____ раз в день _____ дней

метронидазол _____ мг _____ раз в день _____ дней

препарат висмута _____ мг _____ раз в день _____ дней

_____ мг _____ раз в день _____ дней

Прием пробиотиков _____

Нежелательные явления – **нет да**

- тип явления (диарея, тошнота, рвота, боль в животе, вздутие живота, аллергия и т.д.) _____

выраженность (легкая, средняя, тяжелая) _____

длительность _____

_____ связь с лечением (связано, не связано) _____

- прекращение лечения, обусловленное нежелательным явлением, – **нет да**

- тип явления (диарея, тошнота, рвота, боль в животе, вздутие живота, аллергия и т.д.) _____

выраженность (легкая, средняя, тяжелая) _____

длительность _____

_____ связь с лечением (связано, не связано) _____

- прекращение лечения, обусловленное нежелательным явлением, – **нет да**

- тип явления (диарея, тошнота, рвота, боль в животе, вздутие живота, аллергия и т.д.) _____

выраженность (легкая, средняя, тяжелая) _____

длительность _____

связь с лечением (связано, не связано) _____

- прекращение лечения, обусловленное нежелательным явлением, – **нет да**

Комплаенс

- приверженность лечению (принято >90% препаратов) – да нет

Эффективность

- **Эрадикация достигнута не достигнута не оценивалась**

- диагностический тест, который использовался для диагностики НР

13С-уреазный дыхательный тест Уреазный дыхательный тест Серология

Антиген в стуле (моноклональный тест) Антиген в стуле (поликлональный тест) Гистология Быстрый уреазный тест Культуральный метод Никакой

- дата выполнения теста «____» _____ 201__ г.

Если в результате лечения эрадикация НР не достигнута, назначен ли новый курс эрадикационной терапии?

Да. Пожалуйста, включите больного регистр как нового пациента.

Нет

6 / ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада – X, 1998. Genta R.M., Rugge M. Review article: pre-neoplastic states of the gastric mucosa – a practical approach for the perplexed clinician// Aliment. Pharmacol. Ther. – 2001.
2. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. Амстердам, 1993.
3. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение) / Методические рекомендации № 37 Департамента здравоохранения города Москвы. – М.: ЦНИИГ, 2010.
4. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., Graham D.Y., El-Omar E.M., Miura S., Haruma K., Asaka M., Uemura N., Malfertheiner P. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis // Gut 2015;64:1353-1367.
5. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain C et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut 2017; 66 (1): 6–30.
6. Портал Consilium Medicum: https://con-med.ru/magazines/consilium_medicum/consilium_medicum-8.1-2017/rekomendatsii_maastrikht_v_florentiyskogo_konsensusa_po_lecheniyu_khelikobakternoy_infektsii/
7. Бордин Д.С., Эмбутниекс Ю.В. и др. Европейский регистр *Helicobacter pylori* (Hp-EuReg): как изменилась клиническая практика в России с 2013 по 2018 г. Терапевтический архив № 2, 2019 г.
8. Клинические алгоритмы ведения пациентов, Департамент здравоохранения Москвы, 2018 г., с. 309–314

6.2. Список сокращений

АТ к НР – антитела к *Helicobacter pylori*

ВОП – врач общей практики

ЭКГ – электрокардиография

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

6.3. Термины и определения

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Для диагностики заболевания обязательно наличие язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке и/или рубцовой деформации по данным ЭГДС и рентгенологического исследования.

Правительство Москвы
Комплекс социального развития города Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Бордин Д. С., Бакулин И. Г., Березина О. И., Быкова С. В., Винницкая Е. В.,
Гуляев П. В., Дубцова Е. А., Князев О. В., Кучерявый Ю. А., Ливзан М. А., Маев И. В.,
Никонов Е. Л., Никольская К. А., Осипенко М. Ф., Сабельникова Е. А.,
Селезнева Э. Я., Скворцова Т. А., Эмбутникс Ю. В.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ Клинические протоколы лечения

Корректор: Е. Н. Малыгина
Верстка: П. В. Жеребцов

Подписано в печать 05.04.2021.
Формат 60x84/16.
Кол-во усл. печ. л. 7,93.
Тираж 25 экз. Заказ № 59.

Подготовлено
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»
г. Москва, ул. Достоевского, д. 31, корпус 1А
E-mail: sppvr@zdrav.mos.ru

Отпечатано в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
www.niioz.ru



МОСКВА
2021