

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10:

	МКБ-10
Код	Название
К 29.3	Хронический поверхностный гастрит
К 29.4	Хронический атрофический гастрит
К 29.9	Хронический аутоиммунный гастрит

1.2 Дата разработки протокола: 2017год.

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

в/в	внутривенно
в/м	внутримышечно
п/к	подкожно
р/день	раз в день
АИГ	аутоиммунный гастрит
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСК	ацетил салициловая кислота
АСТ	аспратаминонотрансфераза
АТ	антитела
АПК	антитела к париетальным клеткам
БХА	биохимический анализ
БУТ	быстрый уреазный тест
ГДЗ	гастродуоденальная зона
ГЭР	гастроэзофагеальный рефлюкс
ДГР	дуоденогастральный рефлюкс
ДПК	двенадцатиперстная кишка
ЖКК	желудочно-кишечные кровотечения
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ИПП	ингибиторы протонной помпы
КМ	кишечная метаплазия
ОАК	общий анализ крови

ОБП	органы брюшной полости
ОАМ	общий анализ мочи
ПГ	пепсиноген
РЖ	рак желудка
СО ГДЗ	слизистая оболочка гастродуоденальной зоны
СО ДПК	слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки
СОЖ	слизистая оболочка желудка
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
УЗИ	ультразвуковое исследование
УД	уровень доказательности
ФД	функциональная диспепсия
ФЭГДС	фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЦНС	центральная нервная система
ЯБДПК	язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
ЯБЖ	язвенная болезнь желудка
H.pylori	Helicobacter pylori

1.4 Пользователи протокола: ВОП, терапевты, гастроэнтерологи.

1.5 Категория пациентов: взрослые.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов

1.7 Определение:

Хронические гастриты – группа хронических заболеваний, морфологически характеризующиеся воспалительными и дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка и разнообразными клиническими признаками.

Хронический поверхностный гастрит – воспаление СОЖ, вызванное *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), с расстройствами секреторной, моторной и инкреторной функций желудка, гистологически проявляющееся клеточной инфильтрацией.

Хронический атрофический гастрит – характеризуется функциональной и структурной перестройкой с дистрофическими процессами в СОЖ, прогрессирующей атрофией с утратой желудочных желез и замещением их метаплазированным эпителием и/или фиброзной тканью.

Различают атрофический гастрит:

- аутоиммунный
- мультифокальный

Неатрофический (поверхностный, антральный) и атрофический (мультифокальный) варианты хронического гастрита рассматриваются как стадии одного патологического процесса, возникающего в результате инфицирования СОЖ инфекцией *H. pylori*.

Хронический аутоиммунный гастрит часто сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями, сахарным диабетом 1-го типа, аутоиммунным тиреоидитом [1], пернициозной анемией [2,3].

ВВ! Диагноз любой формы гастрита устанавливается только гистологически. Эндоскопические результаты не являются убедительными. При эндоскопическом исследовании следует брать 4-6 биоптатов из разных отделов желудка (по модифицированной Сиднейской системе) [4].

1.8 Классификации:

Общепринятой клинической классификацией является Хьюстенская модификация гастритов, 1996 г (Таблица 1) [4].

Таблица 1. Сиднейская система классификации хронических гастритов

Тип гастрита	Этиологические факторы	Синонимы (прежние классификации)
Неатрофический	<i>Helicobacter pylori</i> Другие факторы	Поверхностный Хронический антральный Гастрит типа В Гиперсекреторный гастрит
Атрофический аутоиммунный	Иммунные механизмы	Гастрит типа А Диффузный гастрит тела желудка, ассоциированный с В ₁₂ -дефицитной анемией и с пониженной секрецией
Атрофический мультифокальный	<i>Helicobacter pylori</i> Нарушения питания Факторы среды	Смешанный гастрит типа А и В
Особые формы		
Химический	Химические раздражители: Желчь (ДГР)	Реактивный гастрит типа С Реактивный рефлюкс-гастрит

	Приём НПВП	
Радиационный	Лучевое поражение	
Лимфоцитарный	Идиопатический Иммунные механизмы Глютен	Гастрит, ассоциированный с целиакией
Гранулематозный	Болезнь Крона Саркоидоз Гранулематоз Вегенера Инородные тела Идиопатический	Изолированный гранулематоз
Эозинофильный	Пищевая аллергия Другие аллергены	Аллергический
Другие инфекционные	Бактерии (кроме <i>Helicobacter pylori</i>) Грибы, Паразиты	
Гигантский гипертрофический	Болезнь Менетрие	

Описание морфологических изменений дополняются характеристикой эндоскопических категорий гастритов:

- эритематозный/экссудативный гастрит (поверхностный гастрит);
- плоские эрозии;
- приподнятые эрозии;
- геморрагический гастрит;
- гиперпластический гастрит;
- гастрит, сопровождающийся дуоденогастральным рефлюксом (ДГР) - рефлюкс-гастрит.

Для оценки гистологической выраженности атрофии и воспаления применяется новая система оценки гастрита **OLGA** (Operative Linkfor Gastritis Assessment) [5].

Таблица 4. Классификация атрофического гастрита (OLGA2007 г.)

Интегральный показатель степени гастрита в системе OLGA

Анtrum	Тело			
	0	I	II	III
0	Степень 0	Степень I	Степень II	Степень II
I	Степень I	Степень II	Степень II	Степень III
II	Степень II	Степень II	Степень III	Степень IV
III	Степень II	Степень III	Степень IV	Степень IV

Интегральный показатель стадии гастрита в системе OLGA

Анtrum	Тело			
	0	I	II	III
0	Стадия 0	Стадия I	Стадия II	Стадия II
I	Стадия I	Стадия II	Стадия II	Стадия III

II	СтадияII	СтадияII	СтадияIII	СтадияIV
III	СтадияII	СтадияIII	СтадияIV	СтадияIV

В каждом столбце атрофия показана по четырехуровневой шкале (0-3) в соответствии с визуальной аналоговой шкалой модифицированной Сиднейской системы классификации гастрита [15]. Под степенью гастрита подразумевается выраженность суммарной воспалительной инфильтрации (нейтрофильными лейкоцитами и мононуклеарными клетками), под стадией – выраженность атрофии.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Диагностические критерии:

Жалобы	<p>При хронических гастритах выраженных клинических симптомов не наблюдается, возможные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при хроническом антральном поверхностном <i>H. pylori</i>-ассоциированном гастрите возможны «язвенноподобный» вариант диспепсии (тупые боли в эпигастрии/или в пилородуоденальной зоне) или дискинетический вариант «желудочной диспепсии» - чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота; • при хроническом атрофическом мультифокальном гастрите возможны симптомы «желудочной диспепсии» – чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота; • при аутоиммунном атрофическом – симптомы В-12-дефицитной анемии и могут быть симптомы «желудочной диспепсии» (смотреть выше).
Анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • при хроническом антральном поверхностном <i>H. pylori</i>-ассоциированном гастрите в анамнезе: отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии (ГДП). Нарушение режима питания, сухоедение злоупотребление острой, копченной и жареной пищи, газированных напитков; • при хроническом атрофическом мультифокальном гастрите – в анамнезе длительное течение хронического антрального поверхностного <i>H. pylori</i>- ассоциированного гастрита; • при аутоиммунном атрофическом гастрите – наличие аутоиммунных заболеваний (аутоиммунный тиреоидит, гипо-или гиперфункция щитовидной и паращитовидных желез, СД I типа, аутоиммунная (пернициозная) анемия).
Физикальное обследование	<ul style="list-style-type: none"> • при хроническом антральном поверхностном <i>H. pylori</i>-ассоциированном гастрите могут быть при пальпации живота умеренная болезненность в эпигастральной и в пилородуоденальной области, метеоризм; • при хроническом атрофическом мультифокальном гастрите – "полированный" язык, или обложенный густым белым налетом. При пальпации живота умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области;

	<ul style="list-style-type: none"> • при аутоиммунном атрофическом гастрите – признаки авитаминоза, глоссит, фуникулярный миелоз, симптомы анемии, гепатомегалия, реже – спленомегалия.
Лабораторные исследования – тест на H. pylori:	
быстрый уреазный тест в биоптатах СОЖ	Взятый при эндоскопии биоптат помещается в специальный раствор с содержанием мочевины и при добавлении индикатора происходит изменение цвета от слабо розового до темно-красного при наличии H.pylori
Инструментальные исследования	
Фиброэзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией	<ul style="list-style-type: none"> • При поверхностном антральном H.pylori ассоциированном гастрите – гиперемия, геморрагии ОЖ • При атрофическом мультифокальном и аутоиммунном гастритах – бледность и истончение СОЖ, просвечивание сосудов
Гистологическое и цитологическое исследование биоптата	<ul style="list-style-type: none"> • при поверхностном антральном H.pylori ассоциированном гастрите – нейтрофильная инфильтрация межэпителиальных пространств; • при атрофических гастритах – атрофия железистого аппарата, кишечная метаплазия эпителия.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- ОАК – по показаниям;
- определение сывороточного железа в крови – при анемии;
- анализ кала на скрытую кровь – при анемии;
- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы – по показаниям (при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите и/или при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы);
- биохимические анализы крови: общий билирубин и его фракций, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкозы, амилазы – (при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите и/или при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы);
- Определение антител к париетальным клеткам – при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите;
- Определение в крови уровня гастрилина-17 и пепсиногена I (ПГ I) и пепсиногена II (ПГ II) – при мультифокальном атрофическом гастрите;
- интрагастральная рН-метрия – при тяжелой степени атрофического гастрита;
- рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием – по показаниям (при пилоростенозе, наличии противопоказаний к эндоскопическим исследованиям и отказе пациента от ФЭГДС).

Показания для консультации специалистов:

Показания для консультации узких специалистов		
Нозология	Показания	Консультации специалистов
Хронический поверхностный	Нет	не показаны

(антральный) <i>H. pylori</i> ассоциированный гастрит		
Хронический мультифокальный атрофический гастрит	при гистологической картине КМII типа и дисплазия СОЖ	онколог
Хронический аутоиммунный атрофический гастрит	При гематологической картине В12 анемии - при неврологической симптоматики -	гематолог невропатолог

Диагностические критерии различных форм хронических гастритов:

Форма гастрита	Клиника (жалобы, анамнез)	Данные физикального обследования	Данные лабораторных исследований	Результаты инструментальных исследований
Хронический антральный (поверхностный) гастрит, ассоциированный <i>H.pylori</i>	<p>1. Симптомы желудочной диспепсии;</p> <p>2. “Язвенноподобный” симптомокомплекс;</p> <p>3. Изжога при наличии гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР);</p> <p>4. Признаки "кишечной" диспепсии.</p> <p>Анамнез: отягощенная наследственность по заболеваниям ГДЗ.</p> <p>Нарушение режима питания, сухоедение злоупотребление острой, копченной и жареной пищи, газированных напитков;</p>	<p>При пальпации умеренная болезненность в эпигастральной и в пилородуоденальной области, метеоризм</p>	<p>ОАК, БХА в пределах референсных значений.</p>	<p>1.ФЭГДС: признаки воспалительного процесса с разной степенью активности преимущественно антрального отдела желудка/</p> <p>2.Гистологическое исследование биоптатов: признаки воспалительного процесса и колонизация СОЖ инфекцией <i>H.pylori</i></p> <p>3.БУТ диагностики <i>H.pylori</i> (в 90% -положительный) [6].</p>
Хронический атрофический мультифокальный гастрит	<p>1. Симптомы желудочной диспепсии,</p> <p>2. при секреторной недостаточности - склонность к диарее ("ахилические поносы") и снижение массы тела.</p> <p>3. Астеновегетативный (АВС)</p>	<p>атрофический "полированный" язык, или обложенный густым белым налетом.</p> <p>При пальпации живота умеренная</p>	<p>ОАК, БХА в пределах референсных значений.</p> <p>Снижение в крови уровня ПГ I и ПГ I/ПГ II.</p>	<p>1.ФЭГДС: распространенное поражение антрального отдела и тела желудка,</p> <p>2.Гистологические признаки атрофии с элементами кишечной метаплазии (КМ) и колонизация СОЖ инфекцией</p>

	симптомокомплекс;	разлитая болезненность в эпигастральной области.		H.pylori. 3.Интрагастральная рН-метрия – гипохлоргидрия или ахлогидрия 4.БУТ диагностики H.pylori - положительный.
Хронический атрофический аутоиммунный гастрит	Симптомы В-12-дефицитной анемии: слабость, сонливость, головокружение и шум в ушах, сердцебиение; 1. Гастроинтестинальные симптомы: боли и жжение во рту, языке; анорексия, потеря веса; диарея в результате мальабсорбции; 2. Неврологические симптомы: онемение и парестезии в конечностях, слабость и атаксия; 3. Нарушения психики - от легкой раздражительности до тяжелой деменция или психоз.	признаки авитаминоза, глоссит, фуникулярный миелоз, симптомы анемии, гепатомегалия, реже спленомегалия	ОАК-макроцитоз эритроцитов, гиперхромная анемия, умеренное > билирубина, за счет не прямой фракции, обнаружение АПК. <уровня ПГ-I, > уровня гастрина [2,7].	ФГДС – признаки атрофии СОЖ тела и дна, гиперпластические полипы Гистологическое исследование – воспалительные и атрофические процессов БУТ диагностики H.pylori редко положительный Сочетание тяжелого атрофического гастрита с интактной СОЖ (с воспалением, потерей массы париетальных клеток, КМ) патогномонично для АИГ [8] УД В. Интрагастральная рН-метрия – гипохлоргидрия, УЗИ – диффузные изменения паренхимы печени, гепатомегалия, редко спленомегалия

2.2 Дифференциальная диагностика хронического *H.pylori* ассоциированного поверхностного гастрита:

Нозологии	Характеристика симптомов	План обследования	Клинические критерии	Лабораторно-инструментальные признаки
Хронический поверхностный (антральный) <i>H.pylori</i> ассоциированный гастрит	Синдром желудочной диспепсии	Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, тесты на <i>H. pylori</i> Кал на скрытую кровь	Симптомы желудочной диспепсии	Эндоскопические и морфологические признаки воспаления СОЖ; <i>H. pylori</i> выявляется в 85-90%;
Функциональная (неязвенная) диспепсия		Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ на <i>H. pylori</i> Кал на скрытую кровь	Язвенноподобный вариант или диспепсический синдром	Отсутствие эндоскопических и морфологических признаков воспаления СОЖ
Язвенная болезнь ДПК		Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ на <i>H.pylori</i> Кал на скрытую кровь	Поздние, «голодные», ночные боли в пилородуоденальной зоне	Возможно лабораторные признаки ЖДА; ФГДС - Язвенный дефект, положительная реакция на скрытую кровь в кале,
Хронический панкреатит		Общий анализ крови, копрограмма, эластаза в кале БАК: Амилаза УЗИ или КТ или МРТ органов брюшной полости	«Опоясывающие» боли в левой половине живота с иррадиацией в спину; положительный симптом Мерфи.	УЗИ – увеличение размеров, гиперэхогенность, неровность контуров, кальцинаты и кисты в ПЖЖ, копрограмма – стеаторея, креаторея, >амилазы в крови, >эластазы и >трипсина в кале, стеаторея, креаторея.

Таблица 9. Дифференциальная диагностика хронического атрофического (мультифокального и аутоиммунного) гастрита

Нозологии	Характеристика симптомов	Диагностические исследования	Клинические критерии	Лабораторно-инструментальные признаки
Хронический мультифокальный атрофический гастрит	гистологические признаки кишечной метаплазии СОЖ	Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ на <i>H.pylori</i> , гастропанель: гастрин-17, ПГ-I	Ведущим является синдром диспепсии, в отличие от гиперацидного гастрита, где преобладает болевой синдром. При осмотре: «полированный язык», при обострениях – язык обложен густым белым налетом. При пальпации живота болезненность отсутствует.	В крови: <ПГ-I> уровня гастрин; ФГДС – признаки атрофии СОЖ; Гистология: Атрофия железистого эпителия, КМ, незначительное количество <i>H.pylori</i> в СОЖ, минимальная активность воспаления
Хронический аутоиммунный атрофический гастрит		Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования гастробиоптатов, тесты на <i>H. pylori</i> , АПК, определение ПГ-I и гастрин-17	Преобладает клиника В12-дефицитной анемии и неврологические симптомы (парестезии нижних конечностей)	ОАК: < ретикулоцитов (ниже 0,5%); < тромбоцитов и лейкоцитов, анизо- и пойкилоцитоз, кольца Кебота, тельца Жолли, нормобласты. В крови: <ПГ-I> уровня гастрин; В БХА крови > уровня ЛДГ,

				<p><ЩФ, >уровня непрямого билирубина. Наличие АПК. ФГДС – признаки атрофии СОЖ;</p> <p>Гистология: Атрофия железистого эпителия, КМ Секреция прогрессивно снижается вплоть до ахлоргидрии.</p>
Язвенная болезнь желудка		<p>ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, Диагностика <i>H.pylori</i> Рентгенограмма – при пилоростенозе</p>	<p>Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; боли в эпигастрии «ранние» через 1-1,5 час после еды, плохой аппетит, потеря веса</p>	<p>ФГДС - Язвенный дефект окруженный воспалительным валом, + реакция на скрытую кровь в кале, ЖДА Интрагастральная рН-метрия – гипо- или нормохлоргидрия</p>
Аденокарцинома желудка		<p>ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования гастробиоптатов, Диагностика <i>H.pylori</i> Кал на скрытую кровь</p>	<p>Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; Анорексия, отвращение к мясу, потеря веса (до кахексии)</p>	<p>Анемия гипохромная. > СОЭ ФГДС – опухоль. Гистология– дисплазия и атипичные клетки. Интрагастральная рН-метрия - ахлоргидрия; Положительная реакция на скрытую кровь в кале</p>

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Цель лечения:

- достижение полной ремиссии заболевания
- предупреждение дальнейшего прогрессирования атрофии и развития осложнений

Основные задачи лечения:

- снижение активности кислотно-пептического фактора;
- нормализация секреторно-моторной функции желудка;
- повышение защитных свойств СОЖ и слизистой оболочки ДПК;
- эрадикация *H. pylori*.

3.1 Немедикаментозное лечение и общие мероприятия включают:

Диета:

- питание полноценное и разнообразное;
- режим питания дробный, до 6 раз в сутки, малыми порциями;
- ограничение механических и химических раздражителей ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке;
- исключение очень горячих и очень холодных блюд;

Исключаются	Разрешаются
<ul style="list-style-type: none">• сокогонные продукты и блюда (мясные, рыбные, грибные бульоны)• продукты с соединительной тканью (хрящи, кожа птицы и рыбы, жилистое мясо)• жирные сорта мяса и рыбы• маринады, соленья, приправы• свежий хлеб, изделия из теста из муки грубого помола, пшено• блины, пироги, пирожные• овощи, содержащие грубую клетчатку (горох, фасоль, бобы, репа), грибы• незрелые и фрукты и ягоды с грубой кожицей,• кислые фруктово-ягодные соки• шоколад, какао, кофе, крепкий чай, газированные напитки	<ul style="list-style-type: none">• овощные, крупяные, молочные супы• отварное нежирное мясо и рыба• яйцо всмятку, паровой омлет• свежий некислый творог, сыры• подсушенный пшеничный хлеб• белые сухари, несдобное печенье• хорошо разваренные каши• вермишель и лапша из белой муки• овощные и картофельное пюре• салаты, винегреты с растительным маслом• некислые фруктово-ягодные соки с мякотью• молоко и молочные продукты (ряженка, йогурты)• щелочные минеральные воды без углекислоты• некрепкий чай

3.2 Медикаментозное лечение.

Учитывая различные этиопатогенетические факторы развития хронического гастрита медикаментозная терапия различается при различных формах хронического гастрита.

Принципы фармакотерапии неатрофического гастрита:

- эрадикационная антихеликобактерная терапия у НР–положительных больных;
- обязательный контроль эффективности антихеликобактериной терапии через 4–6 недель;
- влияние на факторы риска (замена НПВП парацетамолом, селективными ингибиторами ЦОГ–2, сочетание НПВП с мизопростолом, обеспечение комплаентности больных и др.).

Принципы фармакотерапии атрофического гастрита:

- эрадикационная антихеликобактерная терапия у НР–положительных больных;
- обязательный контроль эффективности антихеликобактериной терапии через 4–6 недель;
- применение витамина В12 с целью профилактики и лечения пернициозной анемии

Ингибиторы протонной помпы – ИПП являются самыми мощными антисекреторными препаратами. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения быстрой ремиссии [1, 2].

Блокаторы H₂гистаминовых рецепторов являются препаратами 2-й линии, которые могут применяться в случаях непереносимости или противопоказаниях ИПП. Также блокаторы H₂гистаминовых рецепторов могут использоваться в качестве дополнительной терапии совместно с ИПП.

Антациды способны поддерживать уровень внутрижелудочного pH > 3 на протяжении 4-6 часов в течение суток, что определяет их недостаточно высокую эффективность при применении в качестве монотерапии. Тем не менее, больные с ХГ принимают антациды для купирования болей и диспепсических жалоб, что во многом объясняется быстротой их действия и безрецептурным отпуском [2].

Противомикробные препараты применяются при ХГ, ассоциированной с *H. Pylori*. С эрадикационной целью в комбинации с ИПП используются аминопенициллины (амоксициллин), макролиды (кларитромицин) в качестве препаратов линии и препараты резерва при неэффективности стандартного лечения: фторхинолоны (левофлоксацин), нитроимидазолы (метронидазол), тетрациклины и препараты висмута.

Медикаментозная терапия ХГ, ассоциированного с *H. Pylori*

Успешность эрадикации *H. Pylori*, обуславливает безрецидивное течение, что является положительным прогностическим признаком в лечении ХГ.

Рекомендуемые схемы эрадикации (Маастрихт-V, 2015)

Терапия первой линии (10-14 дней):

- 3-х компонентная схема: ИПП + амоксициллин + кларитромицин;
- квадротерапия без висмута: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + нитроимидазол.

Терапия второй линии (10-14 дней):

- 3-х компонентная схема: ИПП + амоксициллин + фторхинолон

- квадротерапия без висмута: ИПП+амоксициллин+кларитромицин+нитроимидазол [8,9,10], (УД А);
- квадротерапия с висмутом: ИПП+амоксициллин+кларитромицин +висмута трикалиядигидрат.

Эффективность лечения повышается при назначении дважды в день повышенной дозы ИПП (удвоенной стандартной) [11,12], (УД В).

При 14-дневной терапии увеличение частоты эрадикации более значительно, чем при 10-дневной [11,12,13], (УД С).

Эрадикационная терапия *H. pylori* может приводить к развитию антибиотико-ассоциированной диареи [14],(УД С). Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика *Saccharomyces boulardii* повышает скорость эрадикации *H. pylori* [11,12, 13](УД D).

Таблица 6. Перечень основных медикаментов, применяемых при ХГ

№	МНН	Форма выпуска	Режим дозирования	УД
Ингибиторы протонной помпы				
1	Омепразол	Капсулы (в т.ч. кишечнорастворимые, с пролонгированным высвобождением, гастрокпсулы) 10 мг, 20 мг и 40 мг	Перорально 20 мг 2 раза в сутки	А
2	Лансопразол	Капсулы (в т.ч. с модифицированным высвобождением) 15 мг и 30 мг	Перорально 15 мг 2 раза в сутки	А
3	Пантопразол	Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. кишечнорастворимой); с отложенным высвобождением 20мг и 40 мг	Перорально 20 мг 2 раза в сутки.	А
4	Рабепразол	Таблетки / капсулы, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 10 мг и 20 мг	Перорально 10 мг 2 раза в сутки.	А
5	Эзомепразол	Таблетки / Капсулы (в т.ч. кишечнорастворимые, твердые и пр.) 20 мг и 40 мг	Перорально 20 мг 2 раза в сутки.	А
Блокаторы H2гистаминовых рецепторов				
6	Фамотидин	Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. пленочной) 20 мг и 40 мг	Перорально 20 мг 2 раза в сутки.	А
7	Ранитидин	Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. пленочной) 150мг и 300мг	Перорально 150 мг 2 раза в сутки	А
Витамины				

8	Цианокобаламин (витамин В12)	Раствор для инъекций 0,02 % и 0,05 %	Вводят в/м, п/к, в/в. П/к, при анемиях, связанных с дефицитом витамина В12, вводят по 0,1 – 0,2 мг 1 раз в 2 дня	А
Противомикробные препараты при хроническом гастрите, ассоциированным с <i>H.pylori</i>				
8	Амоксициллин	Таблетки, в т.ч. покрытые оболочкой, диспергируемые; капсулы 500мг, 1000мг	Перорально 1000 мг 2 раза в сутки	А
9	Кларитромицин	Таблетки, в т.ч. с модифицируемым высвобождением 500мг	Перорально 500 мг 2 р/сутки	А
10	Метронидазол	Таблетки 250 мг	Квадротерапии с висмутом: 250 мг перорально 4 р/сутки Тройная терапия на основе кларитромицина: 500 мг перорально два раза в сутки	А
11	Левифлоксацин*	Таблетки, покрытые оболочкой 500мг	Перорально 500 мг 2 раза в сутки только при подтвержденной устойчивости к другим противомикробным препаратам и высокой чувствительностью к Левифлоксацину	С
12	Тетрациклин*	Таблетки, покрытые оболочкой 100 мг	Перорально 100 мг 4 раза в сутки только при подтвержденной устойчивости к другим противомикробным препаратам и высокой чувствительностью к Тетрациклину	С
13	Висмута трикалия дицитрат	Таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг	Назначают по 1 таб. 4 р/сутки за 30 минут до приема пищи и на ночь или по 2 таблетки 2 раза в сутки за 30 мин до приема пищи. Максимальная разовая доза 240 мг, максимальная суточная 480 мг.	В

NB! * показание не зарегистрировано

Таблица 6. Перечень дополнительных медикаментов, применяемых при ХГ

№	МНН	Форма выпуска	Режим дозирования	УД
---	-----	---------------	-------------------	----

2	Магния гидроксид и алюминия гидроксид	Таблетки, в т.ч. жевательные Суспензия для приема внутри	Разовая доза по требованию	А
3	Кальция карбонат + натрия гидрокарбонат + натрия альгинат	Таблетки жевательные Суспензия для приема внутри	Разовая доза по требованию	А

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Профилактические мероприятия:

Профилактика отдельных форм хронических гастритов		
Нозология	Профилактические мероприятия	УД
Хронический поверхностный (антральный) <i>H.pylori</i> ассоциированный гастрит	Полная эрадикация инфекции <i>H.pylori</i>	А
Хронический мультифокальный атрофический гастрит	Полная эрадикация инфекции <i>H.pylori</i>	А
Хронический аутоиммунный атрофический гастрит	Лечение В12 дефицитной анемии	В

3.5 Дальнейшее ведение пациента:

Мониторинг течения заболевания	
Нозология	Диагностические и лечебные мероприятия
Хронический поверхностный (антральный) <i>H.pylori</i> ассоциированный гастрит	Контрольная ФГДС и диагностика инфекции <i>H.pylori</i> через 1 мес. после эрадикационной терапии
Хронический мультифокальный атрофический гастрит	Контрольная ФГДС и диагностика инфекции <i>H.pylori</i> через 1 мес. после эрадикационной терапии
Хронический аутоиммунный атрофический гастрит	ОАК, Б/Х тесты через 1, 6 и 12 мес. после лечения

Прогноз при различных формах хронических гастритов

Нозология	Прогноз
Хронический поверхностный (антральный) <i>H.pylori</i> ассоциированный гастрит	при эрадикации <i>H.pylori</i> снижается риск РЖ, [21,22]. УД С.
Хронический мультифокальный атрофический гастрит	При прогрессировании атрофических изменений развиваются дисрегенераторные процессы в СОЖ, что может привести к РЖ. Эрадикация инфекции <i>H. pylori</i> сопровождается нормализацией регенераторных процессов СОЖ [17,18,23] (УД А).
Хронический аутоиммунный атрофический гастрит	Может наступить тяжелая неврологическая симптоматика

3.6 Индикаторы эффективности лечения

Показатели эффективности лечения больных	
Нозология	Показатели эффективности лечения
Хронический поверхностный (антральный) <i>H.pylori</i> ассоциированный гастрит	<ul style="list-style-type: none">• купирование клинических симптомов диспепсии;• купирование АВ синдрома;• улучшение качества жизни больных;• исчезновение эндоскопических и гистологических признаков воспаления СОЖ;• элиминация <i>H. pylori</i>;
Хронический мультифокальный атрофический гастрит	<ul style="list-style-type: none">• купирование клинических симптомов диспепсии;• купирование АВ синдрома;• улучшение качества жизни больных;• регрессия гистологических признаков КМ
Хронический аутоиммунный атрофический гастрит	<ul style="list-style-type: none">• купирование клинических симптомов диспепсии;• купирование АВ синдрома;• улучшение качества жизни больных;• регрессия гистологических признаков КМ,• нормализация показателей крови – ретикулоцитоз (после 5-6 инъекций), восстановление показателей крови наступает через 1,5 - 2 месяца;• нормализация уровня билирубина и ЩФ;• ликвидация неврологических нарушений наступает в течение полугода.

4. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановая госпитализации: нет

4.2 Показания для экстренная госпитализации: нет

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: нет.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола:

1) Искаков Бауржан Самикович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней №2 с курсами смежных дисциплин Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, главный внештатный гастроэнтеролог Управления здравоохранения г. Алматы, заместитель Председателя Национальной Ассоциация гастроэнтерологов Республики Казахстан.

2) Бектаева Роза Рахимовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой гастроэнтерологии и инфекционных болезней. Медицинский Университет Астана. Председатель Национальной Ассоциация гастроэнтерологов Республики Казахстан.

3) Макалкина Лариса Геннадиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической фармакологии интернатуры АО «Медицинский Университет Астана», Астана.

7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

7.3 Список рецензентов:

1) Шипулин Вадим Петрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренней медицины №1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца. Украина. Киев.

2) Бекмурзаева Эльмира Куанышевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапии бакалавра Южной-Казахстанской фармацевтической академии. Республика Казахстан. Шымкент.

7.4 Условия пересмотра: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности.

7.5 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

19. Список использованной литературы

1. de Block C.E.M., De Leeuw I.H., Van Gaal L.F. Autoimmune Gastritis in Type 1 Diabetes: A Clinically Oriented Review// *J. Clin. Endocrinol.&Metab.* — 2008. — Vol. 93, № 2. — P. 363–371.
2. Betterle C., Dal Pra C., Mantero F., Zanchetta R. Autoimmune Adrenal Insufficiency and Autoimmune Polyendocrine Syndromes: Autoantibodies, Autoantigens, and Their Applicability in Diagnosis and Disease Prediction// *Endocrine Reviews.* — 2002. — Vol. 23, № 3. — P. 327–364.;
3. Гапонова О.Г. Аутоиммунный гастрит: спорные вопросы патогенеза, проблемы диагностики и терапии // *Острые и неотложные состояния в практике врача* № - 2009. - 5 (18).
4. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H., et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am. J. Surg. Pathol.* 1996;20:1161–81.
5. Ruge M, Meggio A, Pennelli G, Pisciole F, Giacomelli L, De Pretis G, et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system. *Gut.* 2007;56:631–636.
6. Osaki T., Mabe K., Hanawa T., et al. Urease- positive bacteria in the stomach induce a false-positive reaction in a urea breath test for diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *J. Med. Microbiol.* 2008; 57(Pt 7):814–19.
7. Fock KM, Graham DY, Malfertheiner P *Helicobacter pylori* research: historical insights and future directions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013; 10:495–500.
8. Хронический гастрит: диагностика и лечение/ Яковенко Э.П., Иванов А.Н., Илларионова Ю.В. и др.// *Фарматека.* — 2009. — № 8. — С. 50–54.
9. Gatta L., Vakil N., Vaira D., et al. Global eradication rates for *Helicobacter pylori* infection: systematic review and meta- analysis of sequential therapy. *BMJ.* 2013; 347:f4587.
10. Feng L., Wen M.Y., Zhu Y.J., et al. Sequential therapy or standard triple therapy for *helicobacter pylori* infection: an updated systematic review. *Am. J. Ther.* 2016; 23:e880–93.
11. Graham D.Y. *Helicobacter pylori* update: gastric cancer, reliable therapy, and possible benefits. *Gastroenterology.* 2015; 148:719–31.e3.
12. Malfertheiner P¹, Megraud F², O'Morain CA³ European *Helicobacter* and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of *Helicobacter pylori* infection- the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017 Jan;66(1):6-30.
13. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулина А.А. и комитет экспертов. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. *Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопрокт- тол.* 2012;22(1):87–9.
14. Jernberg C., Löfmark S., Edlund C., et al. Long-term ecological impacts of antibiotic administration on the human intestinal microbiota. *ISME J.* 2007; 1:56–66.
15. Lv Z., Wang B., Zhou X., et al. Efficacy and safety of probiotics as adjuvant agents for *Helicobacter pylori* infection: a meta-analysis. *Exp. Ther. Med.* 2015; 9:707–16.

16. Szajewska H., Horvath A., Kołodziej M. Systematic review with meta-analysis: *Saccharomyces boulardii* supplementation and eradication of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol. Ther.* 2015; 41:1237–45.
17. Chen H.N., Wang Z., Li X., et al. *Helicobacter pylori* eradication cannot reduce the risk of gastric cancer in patients with intestinal metaplasia and dysplasia: evidence from a meta-analysis. *Gastric Cancer.* 2016; 19:166–75.
18. Ford A.C., Forman D., Hunt R.H., et al. *Helicobacter pylori* eradication therapy to prevent gastric cancer in healthy asymptomatic infected individuals: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2014;348:g3174.
19. Костюкевич О.И. Атрофический гастрит: что мы понимаем под этим состоянием. Современные подходы к диагностике и лечению //РМЖ. 2010. № 28
20. Хронический гастрит: диагностика и лечение/ Яковенко Э.П., Иванов А.Н., Илларионова Ю.В. и др.// Фарматека.-2009.-№ 8.-С. 50–54.
21. Ma J.L., Zhang L., Brown L.M., et al. Fifteen- year effects of *Helicobacter pylori*, garlic, and vitamin treatments on gastric cancer incidence and mortality. *J. Natl. Cancer Inst.* 2012; 104:488–92.
22. Wong B.C.-Y., Lam S.K., Wong W.M., et al. *Helicobacter pylori* eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China: a randomized controlled trial. *JAMA.*2004;291:187–94.
23. Lee Y.C., Chen T.H., Chiu H.M., et al. The benefit of mass eradication of *Helicobacter pylori* infection: a community- based study of gastric cancer prevention. *Gut.* 2013;62:676–82.
24. Chronic Gastritis Treatment & Management/
<http://emedicine.medscape.com/article/176156-treatment>
25. Atrophic Gastritis / <http://emedicine.medscape.com/article/176036-overview>