

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
5 марта 2024 г. № 46

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с гастродуоденальной язвой при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с хроническим гастритом при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях» (прилагается).

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

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
05.03.2024 № 46

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с гастродуоденальной язвой при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях при диагностике и лечении пациентов (детское население) с гастродуоденальной язвой (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра – K25 Язва желудка; K26 Язва двенадцатиперстной кишки; K27 Пептическая язва неуточненной локализации; K28 Гастроэюнальная язва).

В настоящем клиническом протоколе не рассматриваются вопросы оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с острыми хирургическими заболеваниями вследствие осложнения гастродуоденальной язвы (наличие кровотечения, пенетрации, перфорации, стеноза), требующими госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации.

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З «Об обращении лекарственных средств», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка», а также следующие термины и их определения:

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

эрозия гастродуоденальной слизистой оболочки – дефект гастродуоденальной слизистой оболочки, не проникающий глубже мышечной пластинки слизистой оболочки.

4. Для лечения гастродуоденальной язвы рекомендованы базовые схемы фармакотерапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения; лекарственных форм и дозировок, режима дозирования с указанием разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

5. ЛП и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП и МИ.

6. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не установленным инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

7. В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

8. Обязательные клинические диагностические мероприятия при обращении пациента за медицинской помощью при подозрении на гастродуоденальную язву:

сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания;

сбор анамнеза на наличие наследственной отягощенности по язве желудка и двенадцатиперстной кишки (далее – ДПК), иммунопатологии и онкопатологии органов пищеварения, воспалительным заболеваниям кишечника, наличие инфекции *Helicobacter pylori* (далее – НР) у членов семьи, прием антибактериальных ЛП для системного применения, прием гастротоксических ЛП и других химических раздражителей;

медицинский осмотр.

9. Обследованию с целью исключения гастродуоденальной язвы подлежат:

пациенты с интенсивной абдоминальной болью, локализующейся чаще в эпигастральной и параумбиликальной области, принимающей ночной, «голодный» характер; боль может быть ранней (возникает после приема пищи в течение 30–60 минут) и поздней (через 2–3 часа после еды), возможны иррадиация боли в спину, правое плечо, лопатку, «мойнигановский» ритм боли: голод – боль – прием пищи – облегчение, возможно безболевого течения заболевания;

пациенты с проявлением желудочной диспепсии в виде рвоты, чувства тяжести или давления в подложечной области после еды, отрыжки, тошноты, жжения в эпигастрии и изжоги;

пациенты с резистентной к терапии железодефицитной анемией, мегалобластной анемией;

пациенты, с перечисленными выше жалобами и симптомами, принимающие длительно нестероидные противовоспалительные ЛП (далее – НПВЛП), ацетилсалициловую кислоту, системные кортикостероиды;

пациенты, направленные для проведения эзофагогастродуоденоскопии (далее – ЭГДС) с симптомами тревоги (симптомы тревоги включают постоянную боль в правом верхнем или правом нижнем квадранте, ночную боль, дисфагию, одинофагию, постоянную рвоту, явные или скрытые признаки желудочно-кишечного кровотечения, немотивированное снижение веса, замедление темпов линейного роста, задержку полового созревания, необъяснимую лихорадку, отягощенный семейный анамнез).

10. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

10.1. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови (далее – ОАК);

общий анализ мочи;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с определением билирубина, аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), щелочной фосфатазы (далее – ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы, общего белка, С-реактивного белка, мочевины, креатинина, глюкозы, холестерина, амилазы, железа сыворотки крови, ферритина, кальция;

копрологическое исследование;

обнаружение скрытой крови в кале;

анализ кала на яйца гельминтов, лямблиоз;

определение антигена НР в кале;

10.2. инструментальные диагностические исследования:

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости (далее – ОБП);

электрокардиограмма;

ЭГДС при отсутствии медицинских противопоказаний с визуализацией всего верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, пищевода, кардии, дна в ретрофлексии, тела желудка, антрального отдела, луковицы ДПК и нисходящей ДПК с биопсией из антрального отдела желудка (2 фрагмента – по малой и по большой кривизне) и тела желудка (2 фрагмента – по малой и по большой кривизне).

Дополнительная биопсия должна быть взята из каждого видимого патологического участка слизистой оболочки желудка, ДПК и постбульбарного отдела, а также для проведения дополнительных тестов с целью идентификации НР.

При локализации язвенного дефекта в желудке проводится биопсия из его краев с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного материала, при локализации язвенного дефекта в ДПК выполнение биопсии из краев язвенного дефекта не проводится за исключением подозрения на наличие эндоскопических признаков изъязвленных форм нейроэндокринных и субэпителиальных опухолей, подозрении на прорастание в ДПК опухолей соседних органов.

Биопсия из краев язвенного дефекта проводится при рецидивирующем течении заболевания и резистентности к проводимой терапии.

Необходимость проведения ЭГДС пациентам, которым планируется длительный прием НПВП и ацетилсалициловой кислоты, решается в индивидуальном порядке.

11. Дополнительными диагностическими мероприятиями являются:

11.1. лабораторные диагностические исследования:

определение НР другими методами: быстрый уреазный тест или дыхательный ¹³C-тест; серологический метод выявления антител класса IgG к НР (может применяться для первичной диагностики инфекции НР, не выявляет наличие активной инфекции НР, не используются для контроля эффективности антихеликобактерной терапии);

БАК с определением витамина B12, фолиевой кислоты;

определение групп крови по системам АВ0 и резус (при наличии признаков кровотечения);

определение антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла (при атрофии в теле желудка в сочетании с признаками макроцитарной анемии) (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

серологический скрининг на целиакию (уровень антител к диамирированному глиадину IgG или антител к глиадину IgG, антител к тканевой трансглутаминазе IgA) (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

определение уровня общего IgE и специфических IgE к пищевым аллергенам (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

определение уровня общего 25-гидроксивитамина D в крови;

определение уровня кальпротектина в стуле;

11.2. инструментальные диагностические исследования:

УЗИ щитовидной железы.

12. Диагностическими критериями гастродуоденальной язвы у пациента является:

язва (эрозия) желудка или ДПК при ЭГДС.

13. Для клинической классификации гастродуоденальных язв используют следующие категории:

13.1. по локализации:

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

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

сочетанные язвы желудка и ДПК;

13.2. по варианту развития и течения:

острая (стрессовая язва при распространенных ожогах, черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях, инфаркте миокарда, сепсисе, тяжелых ранениях, полостных операциях и в других случаях, лекарственные

язвы, ассоциированные с приемом НПВЛП, ацетилсалициловой кислоты, кортикостероидов);

хроническая (НР-ассоциированная язва; НПВЛП-ассоциированная язва; язва, ассоциированная с другими (редкими) причинами);

неуточненная как острая или хроническая;

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

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

среднетяжелое (обострения 1–2 раза в год);

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

13.4. по наличию осложнений – с наличием или без осложнений.

Осложнениями гастродуоденальных язв являются:

кровотечение;

пенетрация;

перфорация;

перигастрит, перидуоденит;

пилородуоденальный стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный);

малигнизация;

13.5. по эндоскопической стадии язвенного дефекта:

фаза обострения:

I стадия – острая язва; на фоне выраженных воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и ДПК – дефект (дефекты) округлой формы, окруженные воспалительным валом; выраженный отек, дно язвы с наслоением фибрина;

II стадия – начало эпителизации: уменьшается гиперемия, сглаживается воспалительный вал, края дефекта становятся неровными, дно язвы начинает очищаться от фибрина, намечается конвергенция складок к язве;

фаза неполной ремиссии:

III стадия – заживление язвы: на месте репарации – остатки грануляций, рубцы красного цвета разнообразной формы, с деформацией или без нее;

ремиссия:

полная эпителизация язвенного дефекта, отсутствуют признаки сопутствующего гастродуоденита.

14. Формулировка диагноза гастродуоденальной язвы включает указание на:

острый или хронический характер язвы;

локализацию, размеры язвы у пациента;

наличие НР, наличие других этиологических факторов (НПВЛП, системные кортикостероиды, стрессовая язва при распространенных ожогах, черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях, сепсисе, тяжелых ранениях, полостных операциях, в других случаях);

фазу обострения или ремиссии (эндоскопическая характеристика и стадия язвенных дефектов);

тяжесть течения;

наличие осложнений и постязвенных деформаций (рубцово-язвенная деформация желудка, рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК).

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

15. Цель лечения гастродуоденальных язв:

купирование (уменьшение) болевого синдрома;

достижение репарации язвы;

при НР-позитивных язвах – достижение эрадикации НР;

медицинская профилактика последующих рецидивов, осложнений гастродуоденальных язв.

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

язва желудка или язва ДПК;

язва желудка или язва ДПК с осложнениями в анамнезе или с угрозой развития осложнений;

осложненная язва желудка или ДПК (наличие кровотечения, стеноза, пенетрации, перфорации) (пациент госпитализируется в хирургическое отделение больницы (организации)).

17. Лечение пациента с гастродуоденальной язвой включает:

комплекс рекомендаций по соблюдению здорового образа жизни и питания пациента по возрасту с соблюдением принципов здорового питания;

при наличии медицинских показаний – элиминационные диеты;

лекарственную терапию.

18. При НР-ассоциированных язвах проводится эрадикация НР.

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

язва локализуется в луковице ДПК;

ранее эрадикационная терапия пациенту не проводилась;

пациент не принимал НПВЛП.

19. Для эрадикации НР используют комбинации из следующих групп ЛП:

19.1. ЛП, снижающие кислотопродукцию в желудке:

ингибиторы протонного насоса (далее – ИПН):

омепразол, капсулы 10 мг, 20 мг; 40 мг; кишечнорастворимые капсулы 20 мг; 40 мг:

детям старше 1 года по 0,5–1,0 мг/кг/сутки (максимальная суточная доза – 40 мг);

детям до 1 года* в дозе 1 мг/кг/сутки внутрь – капсулу омепразола можно раскрыть, смешать содержимое с половиной стакана воды или со слабокислым напитком (фруктовый сок, яблочное пюре или негазированная вода);

омепразол, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения, 40 мг во флаконах* – в качестве альтернативы пероральной терапии или при невозможности ее проведения в дозе 0,5–1,0 мг/кг/сутки (максимальная суточная доза – 40 мг)

или

эзомепразол, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 20 мг, 40 мг; капсулы 20 мг, 40 мг, детям старше 12 лет:

при массе тела менее 30 кг – 20 мг/сутки в 1–2 приема внутрь;

при массе тела более 30 кг – 40 мг/сутки в 2 приема, максимальная суточная доза – 40 мг

или

рабепразол, таблетки 10 мг, 20 мг, детям старше 12 лет по 20 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза – 40 мг

или

пантопразол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 20 мг, 40 мг, детям старше 12 лет – 40 мг 2 раза в сутки;

блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов (при невозможности применения ИПН):

ранитидин, таблетки 75 мг, 150 мг, 300 мг – детям старше 12 лет – 2–4 мг/кг массы тела в сутки в два приема, максимальная суточная доза – 300 мг;

ранитидин, раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 25 мг/мл 2 мл) – детям старше 12 лет – 50 мг внутривенно каждые 6–8 часов или 50 мг внутримышечно 3–4 раза в сутки, максимальная суточная доза – 300 мг;

19.2. антибактериальные ЛП для системного применения:

амоксциллин, капсулы 250 мг, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг, 500 мг, 1000 мг; таблетки диспергируемые 1000 мг; порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл – 50 мг/кг/сутки в 2–3 приема, максимальная суточная доза – 2000 мг; амоксициллин в высоких дозах – 75 мг/кг/сутки, максимальная суточная доза – 3 г/сутки;

кларитромицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой с модифицированным высвобождением, 500 мг; гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения (для приема внутрь) 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл, в дозе по 7,5 мг/кг 2 раза в день (15 мг/кг/сутки), максимальная суточная доза – 1000 мг;

кларитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – назначаются детям до 12 лет off-label на основании решения врачебного консилиума;

азитромицин, капсулы 250 мг, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг, 250 мг, 500 мг; порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 200 мг/20 мл, 200 мг/5 мл; лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг – вопрос включения в схемы эрадикации НР решается в индивидуальном порядке врачебным консилиумом:

азитромицин*, капсулы 250 мг, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг, 250 мг, 500 мг – детям с массой тела более 45 кг – 0,5–1 г/сутки в 1 прием, длительность приема 3–5 дней;

азитромицин, порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 200 мг/20 мл, 200 мг/5 мл – детям старше 6 месяцев в виде суспензии 10–20 мг/кг/сутки в 1 прием (не более 500 мг в сутки);

азитромицин*, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий, 500 мг – в качестве альтернативы пероральной терапии или при невозможности ее проведения – в дозе 10 мг/кг (максимальная доза – 500 мг);

метронидазол, таблетки 250 мг:

детям от 6 до 12 лет – 20–30 мг/кг/сутки в 2–3 приема, детям с весом 15–24 кг максимальная суточная доза 500 мг, детям с весом 15–34 кг максимальная суточная доза 750 мг, детям с весом более 35 кг максимальная суточная доза 1 г;

детям до 6 лет* – 100 мг 2–3 раза в день;

метронидазол, раствор для инфузий для внутривенного введения 5 мг/мл 100 мл – в качестве альтернативы пероральной терапии или при невозможности ее проведения – 20–30 мг/кг/сутки в 2–3 введения;

19.3. ЛП коллоидного субцитрата висмута:

висмута трикалия дицитрат, таблетки, покрытые оболочкой, опадрай ОУ-S-7366, 120 мг:

детям от 6 до 12 лет – 8 мг/кг/сутки по 1–3 таблетки в сутки, детям с 6 до 8 лет максимальная доза 120 мг, детям с 8 до 12 лет максимальная суточная доза 240 мг;

детям старше 12 лет – 120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, максимальная суточная доза 480 мг;

висмута трикалия дицитрат, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 120 мг, оболочка таблетки: гипромеллоза, макрогол 6000; капсулы 120 мг – детям старше 12 лет 120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, максимальная суточная доза 480 мг.

20. Терапия первой линии назначается на 10–14 дней с ежедневным приемом ИПН в комбинации с антибактериальными ЛП для системного применения:

ИПН + амоксициллин + кларитромицин

или

ИПН + амоксициллин + метронидазол

или

ИПН + метронидазол + кларитромицин.

Возможна последовательная терапия 1-й линии: ИПН в стандартной дозе в комбинации с амоксициллином – 5–7 дней, далее ИПН в стандартной дозе в комбинации с кларитромицином и метронидазолом – 5–7 дней.

Терапия второй линии (квадротерапия на основе ЛП висмута): ИПН в стандартной дозе в комбинации с ЛП коллоидного субцитрата висмута и антибактериальными ЛП для системного применения на 10–14 дней:

ЛП коллоидного субцитрата висмута + ИПН + амоксициллин + метронидазол;

ЛП коллоидного субцитрата висмута + ИПН + амоксициллин + кларитромицин.

Терапия третьей линии подбирается индивидуально в зависимости от предшествующих схем лечения врачебным консилиумом.

При реинфекции НР показано проведение эрадикационной терапии; при персистенции НР-инфекции подбор ЛП решается в индивидуальном порядке врачебным консилиумом.

21. Для репарации язвы используют ЛП, снижающие кислотопродукцию в желудке:

21.1. ИПН:

омепразол, капсулы 10 мг, 20 мг; 40 мг; кишечнорастворимые капсулы 20 мг; 40 мг:

детям старше 1 года по 0,5–1,0 мг/кг/сутки (максимальная суточная доза – 40 мг);

детям до 1 года* в дозе 1 мг/кг/сутки внутрь – капсулу омепразола можно раскрыть, смешать содержимое с половиной стакана воды или со слабокислым напитком (фруктовый сок, яблочное пюре или негазированная вода);

омепразол, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения, 40 мг во флаконах* – в качестве альтернативы пероральной терапии или при невозможности ее проведения в дозе 0,5–1,0 мг/кг/сутки (максимальная суточная доза – 40 мг);

или

эзомепразол, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 20 мг, 40 мг; капсулы 20 мг, 40 мг – детям старше 12 лет:

при массе тела менее 30 кг – 20 мг/сутки в 1–2 приема внутрь;

при массе тела более 30 кг – 40 мг/сутки в 2 приема, максимальная суточная доза – 40 мг;

эзомепразол, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг во флаконах – в качестве альтернативы пероральной терапии или при невозможности ее проведения – детям старше 4 лет* для лечения язвы ДПК, ассоциированной с НР:

при массе тела меньше 30 кг – 10 мг 1–2 раза в сутки;

при массе тела 30–40 кг – 20 мг 1–2 раза в сутки (до 40 мг/сутки);

при массе тела более 40 кг – 40 мг/сутки в 2 приема

или

рабепразол, таблетки 10 мг, 20 мг – детям старше 12 лет по 20 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза – 40 мг

или

пантопразол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 20 мг, 40 мг – детям старше 12 лет 40 мг 2 раза в сутки;

21.2. блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов (при невозможности применения ИПН (или в комбинации с ними с целью усиления антисекреторного действия):

ранитидин, таблетки 75 мг, 150 мг, 300 мг:

детям старше 12 лет – 2–4 мг/кг массы тела в сутки в два приема, максимальная суточная доза – 300 мг;

детям 3–12 лет* – 2–4 мг/кг массы тела в сутки в два приема, максимальная однократная доза 150 мг, дозу можно увеличить до 5 мг/кг в 2 приема, максимальная суточная доза – 300 мг;

ранитидин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 25 мг/мл 2 мл:

детям старше 12 лет – 50 мг внутривенно каждые 6–8 часов или 50 мг внутримышечно 3–4 раза в сутки, максимальная суточная доза – 300 мг;

детям с 1 месяца до 12 лет* – 1 мг/кг каждые 6–8 часов, максимальная однократная доза – 50 мг;

или

фамотидин, таблетки 20 мг, 40 мг:

детям с 1 года до 17 лет* – начальная доза 0,5–1 мг/кг/сутки в 1–2 приема внутрь; максимальная суточная доза 40 мг;

фамотидин, лиофилизированный порошок для инъекций (для приготовления раствора для внутривенного введения) 20 мг:

детям с 1 года до 17 лет* – стартовая доза 0,25 мг/кг внутривенно (вводят в течение не менее двух минут или в виде инфузии в течение 15 минут) каждые 12 ч, при необходимости дозу можно увеличить до 40 мг/сут.

22. Другие ЛП для лечения язвенной болезни желудка и ДПК:

висмута трикалия дицитрат, таблетки, покрытые оболочкой, опадрай ОУ-S-7366, 120 мг:

детям от 6 до 12 лет – 8 мг/кг/сутки по 1–3 таблетки в сутки, детям с 6 до 8 лет максимальная доза 120 мг, детям с 8 до 12 лет максимальная суточная доза 240 мг;

детям старше 12 лет – 120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, максимальная суточная доза 480 мг;

висмута трикалия дицитрат, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 120 мг, оболочка таблетки: гипромеллоза, макрогол 6000; капсулы 120 мг:

детям старше 12 лет 120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, максимальная суточная доза 480 мг; в течение 4–8 недель;

детям от 6 до 12 лет* – 8 мг/кг/сутки (детям с 6 до 8 лет – максимальная суточная доза 120 мг, детям с 8 до 12 лет – максимальная суточная доза 240 мг) в течение 4–8 недель.

* Назначается off-label на основании решения врачебного консилиума.

23. Продолжительность пероральной антисекреторной терапии: 4–6 недель при дуоденальной язве или 8–10 недель при язве желудка либо до заживления язвы.

Время проведения эрадикационной терапии является составной частью периода антисекреторной терапии; после проведения эрадикационной терапии антисекреторную терапию следует продолжать до достижения вышеуказанной продолжительности или до полного заживления язвы.

24. При эндоскопических признаках неполного заживления (неполной эпителизации) язвенного дефекта продолжается прием ЛП, снижающих кислотопродукцию, к лечению могут быть добавлены ЛП висмута трикалия дицитрата; в индивидуальном порядке решается вопрос о назначении висмута трикалия дицитрата в комбинации с ЛП, снижающими кислотопродукцию в желудке, в качестве стартовой терапии; в индивидуальном порядке решается вопрос о назначении висмута трикалия дицитрата после курса лечения ЛП, снижающими кислотопродукцию в желудке, для репарации язвенного дефекта в качестве монотерапии.

25. В качестве симптоматического лечения назначаются антацидные ЛП до 10–14 дней или в режиме «по требованию» при наличии абдоминальных болей:

алюминия фосфат, суспензия, 1 столовая ложка вмещает 14 г ЛП, что соответствует 1,26 г алюминия фосфата – по 1–3 столовые ложки 2–3 раза в сутки внутрь через 30–40 минут после еды или вечером перед сном внутрь, или при возникновении боли или изжоги;

алгелдрат + магнезия гидроксид, суспензия – детям старше 14 лет по 5–10 мл 3–4 раза в день через 20–60 минут после еды и перед сном; при необходимости разовую дозу можно увеличить до 15 мл (3 мерные ложки); детям от 10 до 14 лет применяют в дозе, равной половине дозы для взрослых – 1 мерная ложка 2–4 раза в день или 2 мерные ложки 1–2 раза в день или 1 пакет 1–2 раза в день;

алюминия гидроксид + магнезия гидроксид, жевательные таблетки в блистерах – детям старше 15 лет по 1–2 таблетки 4 раза в сутки, рассасывать или тщательно разжевывать через 20–60 минут после еды и на ночь;

алюминия гидроксид + магнезии гидроксид + семитикон, суспензия для приема внутрь – детям старше 14 лет – 10 мл (2 мерные ложки) или 1 пакет 4 раза в сутки через 1 час после приема пищи и перед сном, максимальная суточная доза – 60 мл (12 мерных ложек или 6 пакетов).

26. При лечении НПВЛП-индуцированных язв назначаются ЛП, снижающие кислотопродукцию; если НПВЛП отменены, то продолжительность данной терапии составляет 4–8 недель; если пациенту показан длительный прием НПВЛП, длительность приема ЛП, снижающих кислотопродукцию, и режимы дозирования определяются в индивидуальном порядке.

27. При лечении язв, не ассоциированных ни с НР, ни с НПВЛП, назначаются ЛП, снижающие кислотопродукцию, в стандартных дозах; через 4–8 недель после начала приема ЛП, снижающих кислотопродукцию, проводится повторная ЭГДС; в индивидуальном порядке возможно изменение сроков проведения контрольной ЭГДС; при эндоскопических признаках неполного заживления (неполной эпителизации) язвенного дефекта продолжается прием ЛП, снижающих кислотопродукцию, к лечению могут быть добавлены ЛП висмута трикалия дицитрата.

28. При наличии язвенных дефектов, резистентных к терапии, анализируются возможные причины ульцерогенеза (невьявленная инфекция НР, прием ульцерогенных ЛП, мастоцитоз, болезнь Крона, эозинофильный гастроэнтерит, васкулит, синдром Золлингера-Эллисона, цирроз, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет 1 типа, вирусные или грибковые инфекции у иммунокомпрометированных пациентов; другие причины); если гастродуоденальные язвы являются вторичными или не удается выявить причину ульцерогенеза, длительность приема ЛП, снижающих кислотопродукцию, режимы дозирования и комбинации ЛП устанавливаются в индивидуальном порядке.

29. Контроль эффективности лечения гастродуоденальной язвы осуществляется проведением ЭГДС:

язвы желудка – в сроки от 4 до 8 недель от начала лечения до полного заживления язвы; выполняются ЭГДС с использованием аппаратов с видеосигналом высокого разрешения и освещением слизистой узковоловым светом и биопсия из участка постязвенного рубца для исключения малигнизации;

язвы ДПК – в сроки от 2 до 6 недель от начала лечения до полного заживления язвы.

Изменение сроков проведения контрольной ЭГДС рассматривается и решается в индивидуальном порядке.

Допускается ведение неосложненной дуоденальной язвы без эндоскопического контроля в случае полноценного проведения эрадикационной терапии и купирования клинических проявлений.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА, МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

30. Основные профилактические мероприятия при гастродуоденальной язве направлены на:

ведение здорового образа жизни;

организацию питания пациента в соответствии с возрастом при соблюдении принципов здорового питания, при наличии медицинских показаний – соблюдение элиминационной диеты;

ограничение приема ЛП, обладающих гастротоксическим действием.

31. При распределении пациентов в группы физической культуры руководствуются Инструкцией о порядке распределения обучающихся в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2014 г. № 38.

Пациентам с гастродуоденальной язвой может быть рекомендовано следующее распределение в группы физической культуры:

в клинко-эндоскопической стадии обострения – освобождение от занятий физкультурой на 2 месяца – до заживления язвенного дефекта; при осложненной язве

длительность освобождения от занятий физической культурой определяется в индивидуальном порядке;

в стадии заживления язвенного дефекта пациенты переводятся в специальную группу или группу лечебной физической культуры на период до 1–2 месяцев; длительность нахождения в специальной группе или в группе лечебной физической культуры может быть изменена в индивидуальном порядке;

в стадии ремиссии (полной эпителизации язвенного дефекта) пациенты переводятся в подготовительную группу;

перевод пациентов в стадии ремиссии (полной эпителизации язвенного дефекта) в основную группу решается врачебным консилиумом в индивидуальном порядке;

пациенты с язвой желудка и (или) язвой ДПК, осложненной постъязвенными деформациями (стенозом желудка или стенозом ДПК), в стадии полной эпителизации язвенного дефекта распределяются в специальную медицинскую группу или группу лечебной физической культуры.

32. Медицинская реабилитация: пациентам с гастродуоденальной язвой проводится в период ремиссии в санаторно-курортных организациях с профилем «Болезни органов пищеварения».

33. Кратность осмотров врачами-специалистами амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства при медицинском наблюдении пациентов с гастродуоденальной язвой в амбулаторных условиях определяется выраженностью клинических симптомов и клинико-эндоскопическими данными и составляет не менее:

при неосложненной язве:

врач-педиатр участковый (врач-педиатр, врач общей практики) – через 4–6 недель после выявления язвы, далее – 2 раза в год;

врач-гастроэнтеролог – 1 раз в год;

при осложненной язве:

врач-педиатр участковый (врач-педиатр, врач общей практики) – через 4 недели после выявления язвы, далее – 3 раза в год;

врач-гастроэнтеролог – 1 раз в год;

врач-детский хирург (врач-хирург) – по медицинским показаниям.

34. Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием, осуществляемых при медицинском наблюдении в амбулаторных условиях:

ОАК, копрограмма – 2 раза в год;

УЗИ ОБП – 1 раз в год;

ЭГДС с биопсией – через 4–6 недель после установления диагноза (контроль заживления язвы и эффективности антихеликобактерной эрадикационной терапии), далее – по медицинским показаниям и при снятии с учета;

БАК (общий белок, билирубин с фракциями, АсАТ, АлАТ, амилаза, ЩФ, СРБ, ферритин, глюкоза) – 1 раз в год.

35. Критериями эффективности лечения являются заживление язвенного дефекта, отсутствие осложнений и рецидивов заболевания.

36. Критериями эффективности лечения и медицинского наблюдения пациента при гастродуоденальных язвах являются:

отсутствие язвенных дефектов;

поддержание нормального статуса питания;

предотвращение рецидивов и осложнений;

раннее выявление осложнений.

37. Снятие с медицинского наблюдения производится при наличии стойкой ремиссии в течение 3 лет и отсутствии морфологических и эндоскопических признаков активности заболевания; медицинское наблюдение пациентов с осложненной гастродуоденальной язвой осуществляется до достижения ими возраста 18 лет.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
05.03.2024 № 46

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с хроническим гастритом при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях при диагностике и лечении пациентов (детское население) с хроническим гастритом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра – К29.3 Хронический поверхностный гастрит; К29.4 Хронический атрофический гастрит; К29.5 Хронический гастрит неуточненный (хронический гастрит антральный; хронический гастрит фундальный); К29.6 Другие гастриты (гастрит гипертрофический гигантский; гранулематозный гастрит; болезнь Менетрие); К29.7 Гастрит неуточненный; К29.8 Дуоденит; К29.9 Гастродуоденит неуточненный).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХП «О правах ребенка», Законом Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З «Об обращении лекарственных средств», а также следующие термины и их определения:

хронический гастрит (далее – ХГ) – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием или без развития кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке желудка;

хронический дуоденит (далее – ХД) – хроническое заболевание, характеризующееся воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, при прогрессировании воспаления – желудочной метаплазией эпителия и нарушениями гистоархитектоники слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

4. Для лечения ХГ и ХД рекомендованы базовые схемы фармакотерапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения; лекарственных форм и дозировок, режима дозирования с указанием разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

5. ЛП и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП и МИ.

6. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Допускается

включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не установленным инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

7. В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ХГ

8. Обязательные клинические диагностические мероприятия при обращении пациента за медицинской помощью при подозрении на ХГ:

сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания;

сбор анамнеза на наличие наследственной отягощенности по язве желудка и двенадцатиперстной кишки, иммунопатологии и онкопатологии органов пищеварения, воспалительным заболеваниям кишечника, наличие инфекции *Helicobacter pylori* (далее – НР) у членов семьи, прием антибактериальных ЛП для системного применения, прием гастротоксических ЛП и других химических раздражителей;

медицинский осмотр.

9. Обследованию с целью исключения ХГ и инфекции НР подлежат:

пациенты с абдоминальной болью и симптомами диспепсии для исключения органической патологии;

пациенты, направленные для проведения эзофагогастродуоденоскопии (далее – ЭГДС) по другим причинам или с симптомами тревоги (симптомы тревоги включают постоянную боль в правом верхнем или правом нижнем квадранте, дисфагию, одинофагию, постоянную рвоту, явные или скрытые признаки желудочно-кишечного кровотечения, немотивированное снижение веса, замедление темпов линейного роста, задержку полового созревания, необъяснимую лихорадку, отягощенный семейный анамнез);

пациенты с резистентной к терапии железодефицитной анемией; мегалобластной анемией; хронической иммунной тромбоцитопенической пурпурой;

при планировании длительного приема нестероидных противовоспалительных ЛП и ацетилсалициловой кислоты.

10. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

10.1. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови (далее – ОАК);

общий анализ мочи (далее – ОАМ);

биохимический анализ крови (далее – БАК) с определением билирубина, аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), щелочной фосфатазы (далее – ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы, общего белка, мочевины, креатинина, глюкозы, холестерина, амилазы;

копрологическое исследование;

анализ кала на яйца гельминтов, лямблиоз;

определение антигена НР в кале;

10.2. инструментальные диагностические исследования:

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости (далее – ОБП);

ЭГДС с биопсией из антрального отдела желудка (2 фрагмента – по малой и по большой кривизне) и тела желудка (2 фрагмента по малой и большой кривизне); дополнительная биопсия должна быть взята из каждого видимого патологического участка слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки (далее – ДПК) и постбульбарного отдела, а также для проведения дополнительных тестов с целью идентификации НР.

Эндоскопия должна включать визуализацию всего верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, пищевода, кардии, дна в ретрофлексии, тела желудка, антрального отдела, луковицы ДПК и нисходящей ДПК.

Перед проведением ЭГДС необходимо собрать анамнез о приеме пациентом ЛП ингибиторов протонного насоса (далее ИПН), блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов, антибактериальных ЛП для системного применения в течение предшествующих четырех недель с целью минимизации ложноотрицательных заключений на наличие НР в морфобиоптатах.

Если перед проведением контрольного исследования нельзя отменить ЛП ИПН, возможен переход на блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов на 10–12 дней до исследования с их отменой за 2 дня до исследования с целью минимизации ложноотрицательных заключений на наличие НР.

Необходимость проведения ЭГДС пациентам с хронической иммунной тромбоцитопенической пурпурой решается врачебным консилиумом в индивидуальном порядке.

Необходимость проведения ЭГДС пациентам, которым планируется длительный прием нестероидных противовоспалительных ЛП и ацетилсалициловой кислоты, решается в индивидуальном порядке.

11. Дополнительными диагностическими мероприятиями являются:

11.1. лабораторные диагностические исследования:

определение НР другими методами: быстрый уреазный тест или дыхательный I³C-тест; серологический метод выявления антител класса IgG к НР (может применяться для первичной диагностики инфекции НР, не выявляет наличие активной инфекции НР, не используются для контроля эффективности антихеликобактерной терапии);

БАК с определением железа сыворотки крови, ферритина, витамина В₁₂, фолиевой кислоты (при активном НР-гастрите, ассоциированном с анемией, или подозрении на латентный дефицит железа);

определение антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла (при атрофии в теле желудка в сочетании с признаками макроцитарной анемии) (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

серологический скрининг на целиакию (уровень антител к диамирированному глиадину IgG или глиадину IgG, антител к тканевой транслютаминазе IgA) (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

определение уровня общего IgE и специфических IgE к пищевым аллергенам (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

определение уровня общего 25-гидроксивитамина D в крови;

11.2. инструментальные диагностические исследования:

электрокардиограмма;

УЗИ щитовидной железы (при аутоиммунном гастрите).

12. Диагноз ХГ основан на выявлении характерных морфологических изменений слизистой оболочки желудка (признаки воспаления слизистой оболочки желудка (нейтрофильные лейкоциты в собственной пластинке и интраэпителиально, плотность мононуклеарной воспалительной инфильтрации), степень активности и выраженность воспаления, выраженность атрофии и метаплазии, наличие и степень колонизации НР); для аутоиммунного гастрита – наличие гистологических признаков атрофии в теле желудка в сочетании с наличием антител к париетальным клеткам и (или) к внутреннему фактору Кастла.

Формулировка диагноза ХГ включает: нозологическую форму; указание, по возможности, на этиологию в соответствии с Этиологической классификацией хронического гастрита (Киотский консенсус по гастриту, вызванному НР – Kyoto Global Consensus Report on Helicobacter pylori Gastritis, 2015) согласно приложению; морфологические изменения слизистой оболочки желудка (степень активности воспаления, выраженность воспаления, выраженность атрофии и метаплазии, наличие и степень колонизации НР).

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ХГ

13. Цель лечения ХГ:

при НР-гастрите – эрадикация НР, уменьшение степени выраженности и степени активности воспалительных изменений, стабилизация и предотвращение прогрессирования морфологических изменений;

при нехеликобактерных гастритах – уменьшение степени выраженности и степени активности воспалительных изменений, стабилизация и предотвращение прогрессирования морфологических изменений.

14. Медицинскими показаниями для госпитализации пациента с хроническим гастродуоденитом являются:

невозможность организации лечения в амбулаторных условиях;

необходимость уточнения диагноза;

резистентная к терапии дефицитная анемия легкой степени;

дефицитные анемии средней или тяжелой степени.

15. Лечение пациента с ХГ включает:

соблюдение принципов здорового питания по возрасту;

при наличии пищевой непереносимости – элиминационную диету;

лекарственную терапию.

16. Для эрадикации НР используют комбинации из следующих групп ЛП:

16.1. ЛП, снижающие кислотопродукцию в желудке:

ЛП ИПН:

омепразол, капсулы 10 мг, 20 мг; 40 мг; кишечнорастворимые капсулы 20 мг; 40 мг:

детям старше 1 года по 0,5–1,0 мг/кг/сутки (максимальная суточная доза – 40 мг);

детям до 1 года* в дозе 1 мг/кг/сутки внутрь – капсулу омепразола можно раскрыть, смешать содержимое с половиной стакана воды или со слабокислым напитком (фруктовый сок, яблочное пюре или негазированная вода);

омепразол, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения, 40 мг во флаконах* – в качестве альтернативы пероральной терапии или при невозможности ее проведения в дозе 0,5–1,0 мг/кг/сутки (максимальная суточная доза – 40 мг)

или

эзомепразол, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 20 мг, 40 мг; капсулы 20 мг, 40 мг – детям старше 12 лет:

при массе тела менее 30 кг – 20 мг/сутки в 1–2 приема внутрь;

при массе тела более 30 кг – 40 мг/сутки в 2 приема, максимальная суточная доза – 40 мг

или

рабепразол, таблетки 10 мг, 20 мг – детям старше 12 лет по 20 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза – 40 мг

или

пантопризол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 20 мг, 40 мг – детям старше 12 лет 40 мг 2 раза в сутки;

блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов (при невозможности применения ЛП ИПН):

ранитидин, таблетки 75 мг, 150 мг, 300 мг – детям старше 12 лет – 2–4 мг/кг массы тела в сутки в два приема, максимальная суточная доза – 300 мг;

ранитидин, раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 25 мг/мл 2 мл) – детям старше 12 лет – 50 мг внутривенно каждые 6–8 часов или 50 мг внутримышечно 3–4 раза в сутки, максимальная суточная доза – 300 мг;

фамотидин, таблетки 20 мг, 40 мг:

детям с 1 года до 17 лет* – начальная доза 0,5–1 мг/кг/сутки в 1–2 приема внутрь; максимальная суточная доза 40 мг;

16.2. антибактериальные ЛП для системного применения:

амоксициллин, капсулы 250 мг, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг, 500 мг, 1000 мг; таблетки диспергируемые 1000 мг; порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл – 50 мг/кг/сутки в 2–3 приема, максимальная суточная доза – 2000 мг; амоксициллин в высоких дозах – 75 мг/кг/сутки, максимальная суточная доза – 3 г/сутки;

кларитромицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой с модифицированным высвобождением, 500 мг; гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения (для приема внутрь) 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл, в дозе по 7,5 мг/кг 2 раза в день (15 мг/кг/сутки), максимальная суточная доза – 1000 мг;

кларитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – назначаются детям до 12 лет off-label на основании решения врачебного консилиума;

азитромицин, капсулы 250 мг, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг, 250 мг, 500 мг; порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 200 мг/20 мл, 200 мг/5 мл; лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг – вопрос включения в схемы эрадикации НР решается в индивидуальном порядке врачебным консилиумом:

азитромицин*, капсулы 250 мг, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг, 250 мг, 500 мг – детям с массой тела более 45 кг – 0,5–1 г/сутки в 1 прием, длительность приема 3–5 дней;

азитромицин, порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 200 мг/20 мл, 200 мг/5 мл – детям старше 6 месяцев в виде суспензии 10–20 мг/кг/сутки в 1 прием (не более 500 мг в сутки);

азитромицин*, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий, 500 мг – в качестве альтернативы пероральной терапии или при невозможности ее проведения – в дозе 10 мг/кг (максимальная доза – 500 мг);

метронидазол, таблетки 250 мг:

детям от 6 до 12 лет – 20–30 мг/кг/сутки в 2–3 приема, детям с весом 15–24 кг максимальная суточная доза 500 мг, детям с весом 25–34 кг максимальная суточная доза 750 мг, детям с весом более 35 кг максимальная суточная доза 1 г;

детям до 6 лет* – 100 мг 2–3 раза в день;

метронидазол, раствор для инфузий для внутривенного введения 5 мг/мл 100 мл – в качестве альтернативы пероральной терапии или при невозможности ее проведения – 20–30 мг/кг/сутки в 2–3 введения;

* Назначается off-label на основании решения врачебного консилиума.

16.3. ЛП коллоидного субцитрата висмута:

висмута трикалия дицитрат, таблетки, покрытые оболочкой, опадрай ОУ-S-7366, 120 мг:

детям от 6 до 12 лет – 8 мг/кг/сутки по 1–3 таблетки в сутки, детям с 6 до 8 лет максимальная доза 120 мг, детям с 8 до 12 лет максимальная суточная доза 240 мг;

детям старше 12 лет – 120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, максимальная суточная доза 480 мг;

висмута трикалия дицитрат, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 120 мг, оболочка таблетки: гипромеллоза, макрогол 6000; капсулы 120 мг – детям старше 12 лет 120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, максимальная суточная доза 480 мг.

17. Терапия первой линии назначается на 10–14 дней с ежедневным приемом ИПН в комбинации с антибактериальными ЛП для системного применения:

ИПН + амоксициллин + кларитромицин

или

ИПН + амоксициллин + метронидазол

или

ИПН + метронидазол + кларитромицин.

Возможна последовательная терапия 1-й линии: ИПН в стандартной дозе в комбинации с амоксициллином – 5–7 дней, далее ИПН в стандартной дозе в комбинации с кларитромицином и метронидазолом – 5–7 дней.

Терапия второй линии (квадротерапия на основе ЛП висмута): ИПН в стандартной дозе в комбинации с ЛП коллоидного субцитрата висмута и антибактериальными ЛП для системного применения на 10–14 дней:

ЛП коллоидного субцитрата висмута + ИПН + амоксициллин + метронидазол;

ЛП коллоидного субцитрата висмута + ИПН + амоксициллин + кларитромицин.

Терапия третьей линии подбирается индивидуально в зависимости от предшествующих схем лечения решением врачебного консилиума.

При реинфекции НР показано проведение эрадикационной терапии; при персистенции НР-инфекции подбор ЛП решается в индивидуальном порядке врачебным консилиумом.

18. В качестве симптоматического лечения назначаются антацидные ЛП до 10 дней или в режиме «по требованию» при наличии абдоминальных болей:

алюминия фосфат, суспензия, 1 столовая ложка вмещает 14 г ЛП, что соответствует 1,26 г алюминия фосфата – детям старше 12 лет по 1–3 столовые ложки 2–3 раза в сутки внутрь через 30–40 минут после еды или вечером перед сном внутрь, или при возникновении боли или изжоги;

алгелдрат + магния гидроксид, суспензия – детям старше 14 лет по 5–10 мл 3–4 раза в день через 20–60 минут после еды и перед сном; при необходимости разовую дозу можно увеличить до 15 мл (3 мерные ложки); детям от 10 до 14 лет применяют в дозе, равной половине дозы для взрослых – 1 мерная ложка 2–4 раза в день или 2 мерные ложки 1–2 раза в день или 1 пакет 1–2 раза в день;

алюминия гидроксид + магния гидроксид, жевательные таблетки в блистерах – детям старше 15 лет по 1–2 таблетки 4 раза в сутки, рассасывать или тщательно разжевывать через 20–60 минут после еды и на ночь;

алюминия гидроксид + магнезии гидроксид + семитикон, суспензия для приема внутрь – детям старше 14 лет – 10 мл (2 мерные ложки) или 1 пакет 4 раза в сутки через 1 час после приема пищи и перед сном, максимальная суточная доза – 60 мл (12 мерных ложек или 6 пакетов).

19. Хронический не ассоциированный с НР гастрит:

19.1. при хроническом неатрофическом не ассоциированном с НР гастрите программа лекарственной терапии решается в индивидуальном порядке (ЛП ИПН в возрастной или половинной дозировке, антацидные ЛП) в комбинации или как монотерапия от 5 дней до 2–3 недель;

19.2. при особых формах гастрита (целиакия, болезнь Крона, аутоиммунный гастрит) лечение определяется основным заболеванием;

19.3. при аутоиммунном гастрите программа лекарственной терапии решается в индивидуальном порядке врачебным консилиумом (при аутоиммунном гастрите, ассоциированном с НР, проводится эрадикация НР; при наличии сопутствующих заболеваний или состояний (анемия, иммунодефицитные состояния, другие аутоиммунные заболевания) в соответствии с клиническими протоколами лечения сопутствующих заболеваний или состояний).

20. Контроль эффективности терапии:

20.1. контроль эффективности эрадикационной терапии пациентам с хеликобактерным неатрофическим гастритом легкой или умеренной степени активности проводится методом определения антигенов НР в стуле через 4–8 недель после окончания эрадикационной терапии и не ранее, чем через 2 недели после прекращения приема любых антибактериальных ЛП или ЛП, снижающих кислотопродукцию в желудке; дополнительные методы определения НР, необходимость и сроки проведения контрольной ЭГДС решаются в индивидуальном порядке;

20.2. контроль эффективности эрадикационной терапии пациентам с хеликобактерным гастритом умеренной или высокой степени активности, гастритом

с метаплазией, наличием атрофии или дисплазии, аутоиммунным атрофическим гастритом и особыми формами гастрита проводится методом определения антигенов НР в стуле через 4–8 недель после окончания эрадикационной терапии и не ранее чем через 2 недели после прекращения приема любых антибактериальных ЛП или ИПН; контрольная ЭГДС проводится через 6–12 месяцев, по медицинским показаниям – ранее этого срока;

20.3. в качестве дополнительного метода контроля возможно определение НР дыхательным ¹³C-тестом, уреазным дыхательным тестом (тест проводится при наличии технических возможностей в учреждении здравоохранения).

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА, МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХГ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

21. Основные профилактические мероприятия при ХГ направлены на:
ведение здорового образа жизни;

организацию питания пациента в соответствии с возрастом при соблюдении принципов здорового питания, при наличии медицинских показаний – соблюдение элиминационной диеты;

ограничение приема ЛП, обладающих гастротоксическим действием.

22. При распределении пациентов в группы физической культуры руководствуются Инструкцией о порядке распределения обучающихся в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2014 г. № 38.

Пациентам с ХГ может быть рекомендовано следующее распределение в группы физической культуры:

в клинико-эндоскопической стадии обострения – перевод пациентов в специальную медицинскую группу или группу лечебной физкультуры на 2–4 недели;

в стадии ремиссии пациенты переводятся в подготовительную группу или основную группу физической культуры.

23. Медицинская реабилитация: пациентам с ХГ проводится в период ремиссии в санаторно-курортных организациях с профилем «Болезни органов пищеварения».

24. Кратность осмотров врачами-специалистами амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства при медицинском наблюдении пациентов с ХГ в амбулаторных условиях определяется выраженностью клинических симптомов и клинико-эндоскопическими данными и составляет:

24.1. пациентов с хеликобактерным неатрофическим гастритом с легкой степенью активности; пациентов с хроническим неатрофическим не ассоциированным с НР гастритом:

врач-педиатр участковый (врач-педиатр, врач общей практики) – 2 раза год;

другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям.

Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием:

ОАК, ОАМ – 1 раз в год;

УЗИ ОБП – 1 раз в год;

ЭГДС – по медицинским показаниям, при снятии с учета.

Сроки наблюдения за пациентом врачами-специалистами – в течение 2 лет.

Снятие с учета:

при отсутствии рецидивов заболевания;

при стойкой ремиссии и отсутствии морфологических и эндоскопических признаков активного воспалительного процесса;

24.2. пациентов с хеликобактерным гастритом умеренной или высокой степени активности, гастритом с метаплазией:

врач-педиатр участковый (врач-педиатр, врач общей практики) – 2 раза год;

другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям.

Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием:

ОАК, ОАМ – 1 раз в год;

УЗИ ОБП – 1 раз в год;

ЭГДС – по медицинским показаниям, при снятии с учета.

Сроки наблюдения за пациентом врачами-специалистами – в течение 5 лет.

Снятие с учета – при достижении стойкой ремиссии и отсутствии морфологических и эндоскопических признаков активного воспалительного процесса, после консультации врача-специалиста городского (областного) уровня оказания медицинской помощи;

24.3. пациентов с ХГ с наличием атрофии или дисплазии, аутоиммунным атрофическим гастритом и особыми формами гастрита:

врач-педиатр участковый (врач-педиатр, врач общей практики) – 2 раза в год;

врач-гастроэнтеролог – при установлении диагноза, далее – по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год;

другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям.

Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием:

ОАК, ОАМ – по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год;

БАК (общий белок, альбумин, билирубин с фракциями, АсАТ, АлАТ, амилаза, ЩФ, С-реактивного белка, глюкоза, ферритин) – по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год;

УЗИ ОБП – по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год;

ЭГДС – по медицинским показаниям;

медицинское наблюдение пациентов с хроническим гастритом с наличием атрофии или дисплазии, аутоиммунным атрофическим гастритом и особыми формами гастрита осуществляется до достижения ими возраста 18 лет.

Приложение

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с хроническим
гастритом при оказании
медицинской помощи в амбулаторных
и стационарных условиях»

Этиологическая классификация хронического гастрита (Киотский консенсус по гастриту, вызванному НР – Kyoto Global Consensus Report on Helicobacter pylori Gastritis, 2015)

1. Аутоиммунный ХГ.
2. Инфекционный ХГ:
 - ХГ, вызванный НР;
 - бактериальный ХГ (*Helicobacter heilmannii*, *Enterococcus*, *Mycobacteria*, вторичный сифилитический гастрит);
 - флегмона желудка;
 - вирусный ХГ (энтеровирус, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр);
 - грибковый ХГ (микормикоз, кандидоз, гистоплазмоз);
 - паразитарный ХГ (*Cryptosporidium*, *Strongyloides stercorale*).
3. ХГ, вызванный внешними причинами:
 - ХГ, вызванный ЛП;
 - алкогольный ХГ;

- радиационный ХГ;
 - ХГ, вызванный химическими веществами;
 - ХГ, вызванный билиарным рефлюксом;
 - ХГ, вызванный другими определенными внешними причинами.
4. ХГ, вызванный воздействием специфических причин:
- лимфоцитарный ХГ;
 - болезнь Менетрие;
 - аллергический ХГ;
 - эозинофильный ХГ.
5. ХГ, обусловленный другими классифицированными заболеваниями:
- ХГ при саркоидозе;
 - ХГ при васкулитах;
 - ХГ при болезни Крона.