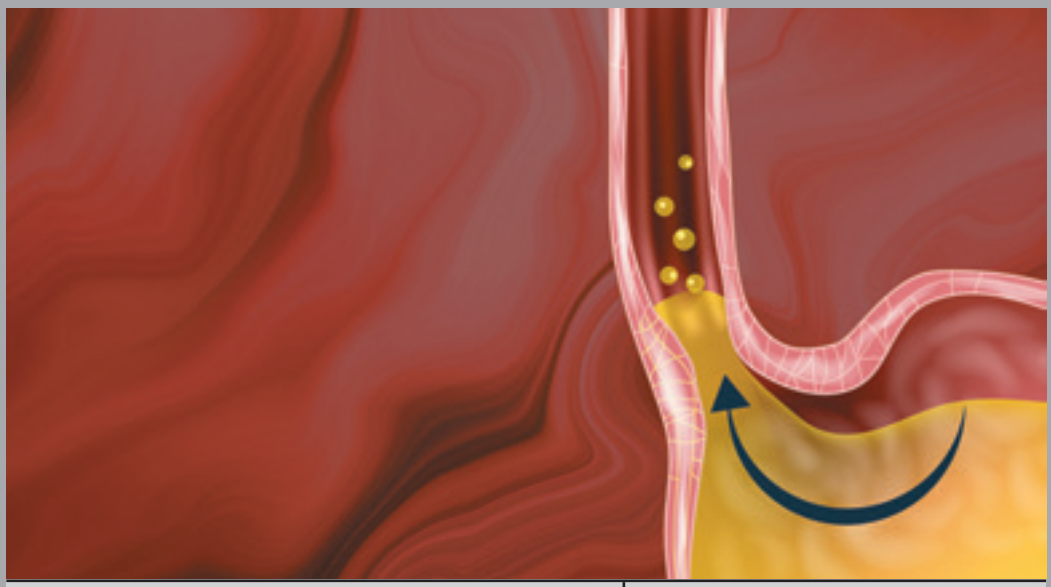
АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ[1]

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ



Выявление пациента с данным заболеванием	Терапевт/ВОП
Установление диагноза	Терапевт/ВОП. При подозрении на внепищеводные проявления – гастроэнтеролог
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения	Терапевт/ВОП. При неэффективности терапии – гастроэнтеролог
Наблюдение за эффективностью лечения	Терапевт/ВОП

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для диагностики заболевания необходимо наличие симптомов заболевания из пункта «а» и/или рефлюкс-эзофагита.

СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ: →

а) изжога (чувство жжения за грудиной), регургитация (отрыжка кислым, горьким, пищей), загрудинная боль;
б) внепищеводные проявления, обусловленные рефлюксом, – кашель рефлюксной природы, бронхиальная астма рефлюксной природы, ларингит, фарингит, синуситы, стоматит, эрозии зубной эмали, рецидивирующий средний отит.

[1] Клинические алгоритмы ведения пациентов. – М.: Департамент здравоохранения Москвы, 2018. – 68 с.

1 ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТА/ВОП ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- неинвазивная диагностика *H. pylori* (один из методов):
  – ^{13}C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложноотрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута за 30 дней до теста. Эти методы также рекомендованы для оценки эффективности лечения (не ранее чем через 30 дней после его завершения);
  – определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, ранее не получавших антихеликобактерную терапию (при наличии в МО).

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- ЭКГ;
- ЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода для проведения морфологической диагностики (при подозрении на пищевод Барретта, при язве пищевода) и из антрального отдела желудка для выявления *H. pylori* (морфологическое исследование и/или быстрый уреазный тест);
- рентгеноскопия пищевода и желудка с контрастированием (при невозможности проведения ЭГДС);
- рентгеноскопия пищевода и желудка с контрастированием (при невозможности проведения ЭГДС).

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Гастроэнтеролог	(при тяжелом рефлюкс-эзофагите; при наличии дисфагии/одинофагии; ГЭРБ с внепищеводными проявлениями; при наличии положительного теста на *H. pylori*; при наличии в анамнезе ранее проводимой антихеликобактерной терапии).
Пульмонолог	(при наличии кашля и бронхиальной астмы и подозрении на их рефлюксную этиологию).
Оториноларинголог	(фарингит, ларингит, рецидивирующий средний отит – при подозрении на их рефлюксную этиологию).
Стоматолог	(стоматит, эрозии зубной эмали – при подозрении на их рефлюксную этиологию).
Хирург	(при сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; при наличии язвы, стриктуры дистального отдела пищевода или эрозивного эзофагита, осложненного рецидивирующим кровотечением).
Невролог/ психотерапевт	(при вовлечении психоэмоциональной сферы).

2 ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТА (ВОП) ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПЕРИОД ПОДБОРА/КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ)

КРАТНОСТЬ ОСМОТРА

1 раз в 2 недели.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭГДС (при эрозивно-язвенной форме ГЭРБ) через 4–8 недель от начала терапии.

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Гастроэнтеролог (при рецидивирующем течении ГЭРБ; неэффективности медикаментозного лечения; непереносимости лечения или аллергической реакции при проведении первой линии антихеликобактерной терапии).

3 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ (В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ С МОМЕНТА ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ)

Пациенты с эндоскопически негативной ГЭРБ не нуждаются в наблюдении.
ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом

КРАТНОСТЬ ОСМОТРА

1 раз в 6 месяцев (в течение 5 лет).

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь – 1 раз в год;
- ЭГДС (кратность проведения определяется гастроэнтерологом).

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Гастроэнтеролог (при рефрактерном и рецидивирующем течении ГЭРБ) – 1 раз в год.

ЛЕЧЕНИЕ → ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ →

- диетические рекомендации – отказ от приема пищи, вызывающей изжогу; уменьшение объема порций (дробное питание), последний прием пищи не позднее чем за 2 часа до сна;
- снижение массы тела [при избыточной массе тела (ИМТ больше 25 кг/м^2) и ожирении];
- устранение факторов и состояний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления (абдоминальное ожирение, хронический запор, метеоризм);
- сон с приподнятым головным концом кровати.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Препараты, ингибирующие протонный насос*		
ГЭРБ	• Омепразол 10–80 мг/сут • Пантопразол 20–40 мг/сут • Рабепразол 10–20 мг/сут • Эзомепразол 20–40 мг/сут • Лансопразол 30 мг/сут • Декслансопразол 30–60 мг/сут	Длительность лечения: Эндоскопически негативная ГЭРБ – 4–6 недель Эрозивный/язвенный эзофагит – 8–16 недель
Антацидные препараты		
Симптоматическая терапия, в комбинации с ИПП (в первые дни приема)	• Карбонат кальция 0,5–2 г/сут • Фосфат алюминия 0,75–3 г/сут • Гидроксид магния 15–45 мл/сут	Длительность лечения: 4 недели Применяется как монотерапия при непереносимости или неэффективности ИПП
Монотерапия, симптоматическая терапия, в комбинации с ИПП	• Натрия альгинат 20–80 мл/сут	
Прокинетики		
При наличии симптомов сопутствующей функциональной диспепсии, ассоциированных с нарушением моторики	• Домперидон 30–80 мг/сут • Итоприда гидрохлорид 50–150 мг/сут	Длительность лечения: 2–4 недели Домперидон с осторожностью у лиц пожилого возраста

*ИПП назначаются за 30 минут до приема пищи, это требование не распространяется на декслансопразол.

Эрадикационная терапия назначается при обнаружении *H. pylori* и наличии показаний к длительному приему ИПП.

ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ (КУРС 14 ДНЕЙ)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день	Кларитромицин 500 мг 2 раза в день или джозамицин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день

ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА (КУРС 14 ДНЕЙ)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Метронидазол 500 мг 3 раза в день или Тинидазол 500 мг 2 раза в день	Тетрациклин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза (или 240 мг 2 раза в день)

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

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