

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 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 гистеоархитектоники 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:

амксициллин, 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; амксициллин 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 + амксициллин + кларитромицин

или

ИПН + амксициллин + 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.