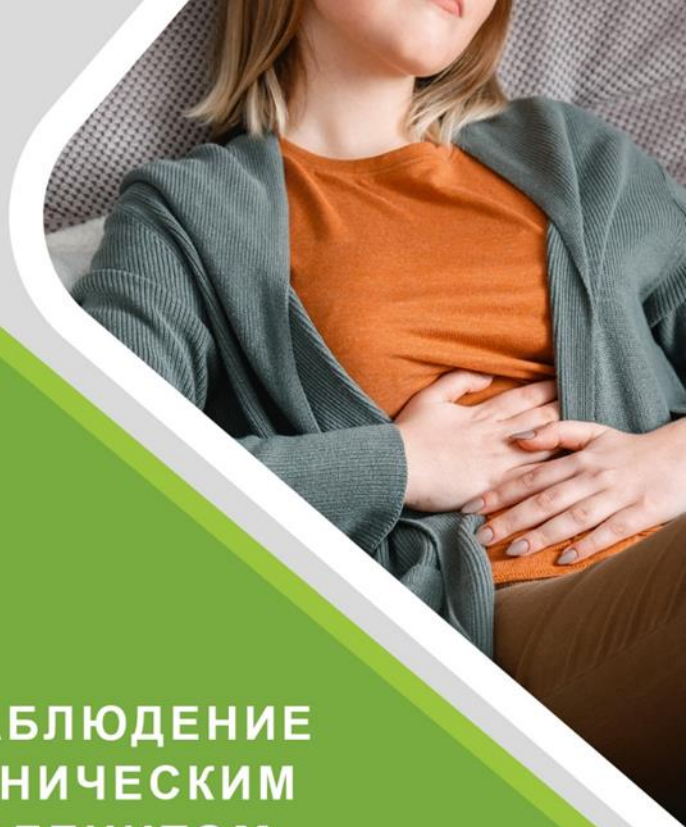




Серия
«Библиотека ФГБУ «НМИЦ ТПМ»
Минздрава России»

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ДУОДЕНИТОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические рекомендации



МОСКВА
2025

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

«УТВЕРЖДАЮ»
академик РАН, профессор,
директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
главный внештатный специалист по терапии
и общей врачебной практике Минздрава России



/Драпкина О.М./

«18» марта 2025 г.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ДУОДЕНИТОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические рекомендации

Москва, 2025

Авторы: Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Ипатов П.В., Мамутова Э.М., Савченко Е.Д., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н.

Рецензент:

Ли Вера Валерьевна – д.м.н., профессор кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России.

Для цитирования: Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Ипатов П.В., Мамутова Э.М., Савченко Е.Д., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н. Диспансерное наблюдение пациентов с гастритом и дуоденитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(3). doi: 10.15829/3034-4123-2025

Аннотация

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансерного наблюдения врачом-терапевтом пациентов с гастритом и дуоденитом. Представлены: ориентировочный объем и частота лабораторно-инструментальных исследований, сведения о диагностике, лечении и профилактике осложнений заболеваний.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, для фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских здравпунктов) в случае возложения на них функций лечащего врача. Методические рекомендации могут быть использованы врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 3 от 18.03.2025 г.)

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
© РОПНИЗ

Авторский коллектив:

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор.

Ивашкин Владимир Трофимович – директор клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии УКБ №2 ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН, д.м.н., профессор.

Маев Игорь Вениаминович – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор.

Ливзан Мария Анатольевна – ректор, заведующий кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.

Абдулганиева Диана Ильдаровна – заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Бакулин Игорь Геннадьевич – директор Института терапии, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Бакулина Наталья Валерьевна – заведующий кафедрой терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Гаус Ольга Владимировна – профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., доцент.

Ипатов Петр Васильевич – главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Мамутова Эльвира Мамутовна – младший научный сотрудник лаборатории экспериментальной и профилактической гастроэнтерологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России.

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Шептулина Анна Фароковна – ведущий научный сотрудник, руководитель лаборатории экспериментальной и профилактической гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.



Оглавление

Список сокращений.....	6
Диспансерное наблюдение пациентов с гастритом и дуоденитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения.....	7
Приложение 1. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по МКБ-10. Классификация	16
Приложение 2. Клиническая картина и диагностика	19
Приложение 3. Лечение.....	21
Приложение 4. Показания к госпитализации.....	25
Приложение 5. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения..	26
Список литературы.....	29

Список сокращений

АД	– артериальное давление
АИМ	– аутоиммунный гастрит
ДН	– диспансерное наблюдение
ИМТ	– индекс массы тела
ИПП	– ингибиторы протонной помпы
КМ	– кишечная метаплазия
НПВП	– нестероидные противовоспалительные препараты
НЭО	– нейроэндокринные опухоли
РЖ	– рак желудка
СОЖ	– слизистая оболочка желудка
ХГ	– хронический гастрит
ХД	– хронический дуоденит
ХНИЗ	– хронические неинфекционные заболевания
ЧДД	– частота дыхательных движений
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
<i>H. pylori</i>	– бактерия <i>Helicobacter pylori</i>
OLGA	– прогностическая система OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment)
OLGIM	– прогностическая система OLGIM (Operative Link on Gastritic Intestinal Metaplasia assessment)

Диспансерное наблюдение пациентов с гастритом и дуоденитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения

Хронический гастрит (ХГ) – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке желудка (СОЖ). **Хронический дуоденит (ХД)** характеризуется воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, желудочной метаплазией эпителия и нарушениями гистоархитектоники и в виде укорочения ворсинок и углубления крипт [1].

При ХГ есть условия для прогрессирования изменений СОЖ от воспаления к эпителиальной дисплазии и раку. Диагностическая стратегия нацелена не просто на фиксацию наличия воспаления СОЖ, но и на стратификацию риска развития рака желудка (РЖ) у конкретного пациента. Именно стадия гастрита определяет необходимость, объем и кратность динамического наблюдения больного [2].

Гастритические изменения представляют собой реакции СОЖ в ответ на различные эндогенные и экзогенные патогенные факторы. Бактерия *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), колонизирующая СОЖ, служит одним из ведущих этиологических факторов гастрита. *H. pylori*-индуцированное воспаление увеличивает риск формирования предраковых изменений (атрофии и кишечной метаплазии). Атрофический гастрит 3-4 стадии доказанно значительно повышает риск развития аденокарциномы желудка [3-8]. Инфекция *H. pylori* имеет глобальное значение и широко распространена, в том числе и в нашей стране, где по данным эпидемиологических исследований в различных регионах инфицированы 36-64 % взрослого населения [9-14].

Диспансерное наблюдение (ДН) пациентов с гастритом и дуоденитом врачом-терапевтом¹ осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»². Алгоритм диспансерного осмотра пациента представлен в таблице 1.

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения ДН таких пациентов являются Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит», разработанные Российской гастроэнтерологической ассоциацией, Ассоциацией

¹ Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н (ред. от 31.10.2017) «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971). СПС Консультант Плюс (дата обращения 10.09.2024).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс (дата обращения 10.09.2024).

"Эндоскопическое общество "РЭндО", Межрегиональной ассоциацией по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, Межрегиональной Общественной Организацией "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека" и одобренные Научно-практическим советом Минздрава России в 2024 г.³

Кроме того, оказание медицинской помощи регламентируется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.02.2023 № 49н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при гастрите и дуодените (диагностика и лечение)»⁴.

³ Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит», 2024 https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/708_2 (дата обращения 28.01.2025).

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.02.2023 № 49н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при гастрите и дуодените (диагностика и лечение)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24.03.2023, регистрационный № 72693). СПС Консультант Плюс (дата обращения 28.01.2025).

Таблица 1 – Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов с гастритом и дуоденитом врачом-терапевтом

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений, контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
<p>Хронический атрофический гастрит (K29.4)</p> <p>Хронический гастрит неуточненный (K29.5)</p>	<p>Первое посещение: при взятии под ДН;</p> <p>Далее: в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год;</p> <p>Контролируемый показатель: отсутствие данных о злокачественных новообразованиях по результатам ЭГДС с множественной биопсией;</p> <p>Длительность наблюдения: пожизненно</p>	<p>Сбор жалоб с оценкой динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • диагноз «хронический гастрит» отражает характер изменений слизистой оболочки желудка с позиции их значения как предраковых и не ассоциирован с наличием каких-либо жалоб; • при сочетании хронического гастрита с диспепсией возможны жалобы на: <ul style="list-style-type: none"> — боль или жжение в эпигастральной области; — переполнение в эпигастральной области; — чувство раннего насыщения; <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наличие или отсутствие изменений в характере жалоб; • характер оперативных вмешательств на органах брюшной полости, если они проводились; • наличие язвенной болезни в анамнезе у пациента и у его ближайших родственников; • наличие сопутствующих заболеваний: <ul style="list-style-type: none"> — дефицит витамина В12 и макроцитарная анемия; — аутоиммунный тиреоидит; — сахарный диабет 1 типа; — витилиго; • сбор лекарственного анамнеза; • данные о ранее выполненной ЭГДС с биопсией (выявленная ранее атрофия слизистой оболочки тела желудка при относительно сохранной слизистой оболочке антрального отдела); • данные о предшествующем инфицировании <i>H. pylori</i>, эрадикационной терапии;

		<p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии); • расчет ИМТ; • пальпация пульса на периферических артериях; • измерение ЧСС; • измерение АД; • подсчет ЧДД; • оценка наличия и распространенности отеков; • пальпация щитовидной железы (определение размеров, подвижности и болезненности); • аускультация сердца и легких; • перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки; <p>Оценка факторов риска и анализ их динамики</p> <p>Факторы риска ХНИЗ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) и ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), абдоминальное ожирение (окружность талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин) или дефицит массы тела (ИМТ $<18,5$ кг/м²); • употребление алкоголя: всем пациентам рекомендуется отказаться от употребления алкоголя; • статус курения: всем пациентам рекомендуется отказ от курения. Следует разъяснить пациенту патологические последствия курения табака и электронных средств доставки никотина, необходимость лечебно-профилактических мероприятий по оказанию помощи по отказу от курения; • артериальная гипертензия (систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст.): всем пациентам при АД $\geq 130/80$ мм рт. ст. разъяснить значимость профилактики повышения уровня АД и его контроля; • оценка уровня физической активности; <p>Факторы риска развития хронического гастрита:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфекция <i>H. pylori</i>;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), чаще всего ацетилсалициловой кислоты; • одновременный прием высоких доз НПВП и антикоагулянтов или дезагрегантов; • прием системных глюкокортикостероидов; <p>Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий (клинический) анализ крови (с определением уровня гемоглобина, гематокрита, объема эритроцита, цветового показателя с целью исключения анемии из-за кровотечений при эрозивном поражении слизистой оболочки гастродуоденальной зоны или из-за нарушения всасывания микроэлементов при атрофическом гастрите) – не реже 1 раз в год; • при подозрении на аутоиммунный гастрит с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение анализа крови на антитела к париетальным клеткам и антитела к фактору Касла; • с целью определения показаний к эрадикационной терапии и контроля эрадикации: <ul style="list-style-type: none"> — ¹³C-уреазный дыхательный тест на <i>H. pylori</i> (для контроля эрадикации – через 4-6 недель после окончания эрадикационной терапии); — исследование антигена <i>H. pylori</i> в кале; — при проведении ЭГДС — с помощью быстрого уреазного теста и/или гистобактериоскопии в гастробиоптатах; • анализ крови на пепсиноген I, пепсиноген II и гастрин-17 пациентам с подозрением на наличие атрофических изменений в СОЖ, которым проведена ЭГДС, но не выполнена биопсия СОЖ, с целью оценки наличия и локализации атрофии, определения на основании этого риска развития рака желудка и сроков проведения последующего эндоскопического исследования с обязательным забором гастробиоптатов, а также порядка наблюдения пациента. <p>Инструментальные исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЭГДС – не реже 1 раз в год (с целью выявления и ранжирования предраковых состояний и изменений слизистой оболочки желудка, распространенности и степени атрофии, кишечной метаплазии и дисплазии):
--	--	---

		<p>— всем пациентам, которым впервые проводится диагностическая ЭГДС, для адекватного стадирования предраковых состояний слизистой оболочки желудка с подозрением на наличие атрофических, метапластических и неопластических изменений рекомендуется проведение биопсии (по два биоптата из тела и антрального отдела по малой и большой кривизне; дополнительная биопсия должна быть взята из каждого видимого патологического участка слизистой оболочки желудка; если для оценки тяжести атрофического гастрита планируется использование систем OLGA или OLGIM, возможно дополнительное взятие биопсии из угла желудка);</p> <p>— последующее патологоанатомическое исследование биопсийного материала желудка, в том числе с применением гистохимических и иммуногистохимических методов;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЭГДС высокого разрешения и виртуальной хромоэндоскопии с увеличением или без него (рекомендуется при возможности выполнения), в том числе для выполнения прицельной биопсии с целью оценки стадии атрофии и кишечной метаплазии и выявления неоплазии; <p>Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их эффективности и совместимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> • показаний к применению; • наименований, доз и длительности приема; • достигнуто/не достигнуто улучшение состояния пациента; <p>Консультации врачей-специалистов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • врач-гастроэнтеролог – по медицинским показаниям; • врач-онколог – по медицинским показаниям с контролируемым показателем стабилизации морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии); <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нормализация нутритивного статуса; • ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м², окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины);
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • прекращение воздействия табака в любой форме; • отказ от употребления алкоголя; • здоровое питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • физическая активность умеренной интенсивности – не менее 150-300 минут в неделю, высокой интенсивности – не менее 75-150 минут в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по основному заболеванию: <ul style="list-style-type: none"> — купирование клинических симптомов (при наличии диспепсии); — эпителизация эрозивных дефектов слизистой оболочки желудка/двенадцатиперстной кишки (при наличии); — отсутствие осложнений; <p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска, рекомендации по профилактике модифицируемых факторов и психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом;</p> <p>Назначение или коррективировка немедикаментозной и медикаментозной терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • модификация образа жизни: нормализация массы тела, исключение курения, отказ от употребления алкоголя, избегание стрессовых ситуаций, соблюдение режима труда и отдыха; • коррекция диеты: <ul style="list-style-type: none"> — при наличии симптомов диспепсии, возможно исключение или уменьшение потребления продуктов питания, провоцирующих симптомы диспепсии в индивидуальном порядке; • коррекция фармакотерапии; • при возможности – коррекция терапии сопутствующих заболеваний с ограничением приема лекарственных препаратов, обладающих ulcerогенным действием;
--	--	---

		<p>Определение показаний к госпитализации (Приложение 4);</p> <p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 5);</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none"> • информирование о течении болезни по данным объективной оценки; • выдача рекомендаций, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; • информирование о необходимости регулярного динамического наблюдения; • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации⁵; • назначение даты следующего диспансерного осмотра; <p>Направление на вакцинацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> • против гриппа – ежегодно в августе-сентябре; • против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; • против других инфекционных заболеваний при наличии медицинских показаний⁶; • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики; <p>Направление пациента с наличием факторов риска ХНИЗ в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска;</p>
--	--	--

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный № 64042). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

⁶ Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный № 66435). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

		<p>Направление в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации;</p> <p>Оформление медицинской документации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • формы №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», • формы №030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»⁷; • формы №057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (при необходимости)⁸
--	--	---

⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

⁸ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188). СПС Консультант Плюс (дата обращения 07.08.2024).

Приложение 1. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по МКБ-10. Классификация⁹

Гастрит и дуоденит (K29)

- K29.0 – Острый геморрагический гастрит;
Острый (эрозивный) гастрит с кровотечением;
- K29.1 – Другие острые гастриты;
- K29.2 – Алкогольный гастрит;
- K29.3 – Хронический поверхностный гастрит;
- K29.4 – Хронический атрофический гастрит;
Атрофия слизистой оболочки;
- K29.5 – Хронический гастрит неуточненный;
Хронический гастрит:
 - антральный;
 - фундальный;
- K29.6 – Другие гастриты;
 - Гастрит гипертрофический гигантский;
 - Гранулематозный гастрит;
 - Болезнь Менетрие;
- K29.7 – Гастрит неуточненный;
- K29.8 – Дуоденит;
- K29.9 – Гастродуоденит неуточненный;
- K31.8 – Другие уточненные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Классификация хронического гастрита по этиологическому принципу представлена в таблице 2.

⁹ Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит», 2024 https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/708_2 (дата обращения 28.01.2025).

Таблица 2 – Этиологическая классификация гастрита [15]

Ведущая этиологическая категория		Специфический агент/фактор	
Экзогенные	Инфекционные (то есть с наличием инфекционного агента)	Паразитарные	Нематоды семейства <i>Anisakidae</i> (анизакидоз) Криптоспоридии (род <i>Cryptosporidium</i>) <i>Strongyloides stercoralis</i>
		Микотические	<i>Candida</i> <i>Histoplasma capsulatum</i> <i>Rhizopus arrhizus</i> (мукомикоз)
		Бактериальные	<i>Actinomyces</i> <i>Clostridium perfringens</i> <i>Enterobacteriaceae</i> <i>Helicobacter pylori</i> (A) <i>Non-Helicobacter pylori Helicobacter species</i> (NHPH) (A?) <i>Mycobacterium avium tuberculosis</i> (атипичная микобактериальная инфекция) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Treponema pallidum</i>
		Вирусные	<i>Coronaviridae</i> (включая SaRS-Cov-2) <i>Picornaviridae</i> (включая различные виды энтеровирусов) <i>Herpes viridae</i> (включая цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр) (НК-клеточная энтеропатия)
	Неинфекционные (то есть без инфекционного агента)	Химические (экзогенные)	Доксициклин, препараты железа, кайексалат в сорбитоле, карбонат лантана, таксол, нестероидные противовоспалительные препараты
		Физические	Радияция
Эндогенные	Опосредованные иммунной системой /неинфекционные	<ul style="list-style-type: none">• Аутоиммунный (A)• Иммуноопосредованные системные заболевания с поражением СОЖ (IgG4-ассоциированное заболевание, системная красная волчанка, саркоидоз, системный склероз, синдром Шегрена, болезнь Крона, язвенный колит) (A?)• Специфические фенотипы гастритов (лимфоцитарный, эозинофильный, коллагеновый)• Аллергический• Болезнь «трансплантат против хозяина»	
Примечание: символом «A» отмечены варианты хронического гастрита, которые могут привести к атрофии СОЖ. Некоторые химические эндогенные (например, связанные с секрецией желчи) и экзогенные (например, прием препаратов лантана) агенты могут также привести к повреждению слизистой оболочки с незначительным или отсутствующим воспалением (например, «реактивная гастропатия»)			

Сиднейская классификация ХГ учитывает топографию поражения (тело желудка, антральный отдел) и морфологические изменения слизистой оболочки желудка (степень активности воспаления, выраженность воспаления, выраженность атрофии и метаплазии, наличие и степень колонизации *H. pylori*).

Топография и гистологическая характеристика гастрита важны, так как фенотип гастрита определяет риск развития таких заболеваний как язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь желудка и рак желудка.

Стадия и степень атрофического гастрита и КМ (метапластической атрофии) служат индикаторами риска развития рака желудка. Для определения прогноза хронического

гастрита, в первую очередь, для оценки риска развития рака желудка, применяется несколько методик.

Прогностическая система OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) использует визуально-аналоговую шкалу Сиднейской классификации. Для определения стадии гастрита соотносят гистологическую выраженность атрофии с ее топографией: стадия 0 означает минимальный риск канцерогенеза, а стадия IV соответственно – максимальный, в 5-6 раз превышающий показатели риска рака желудка в популяции. Целью созданной системы OLGA является перевод гистопатологических данных в стандартизированный отчет с информацией о состоянии желудка (топография и степень атрофических изменений) и разделение пациентов по риску РЖ. Пациенты со стадией атрофии III–IV относятся к группе высокого риска по развитию РЖ и нуждаются в иных подходах к курации, а также динамическом наблюдении. Российский пересмотр системы OLGA значительно упрощает идентификацию атрофии в биоптатах и рекомендован для применения в медицинских организациях Российской Федерации [1].

Наряду с системой OLGA в клиническую практику вошла также **система OLGIM (Operative Link on Gastritic Intestinal Metaplasia assessment)** для оценки стадии КМ. В модифицированной системе OLGIM оценка атрофии строится на основании учета только КМ в качестве показателя стадии ХГ, поскольку именно КМ является наиболее воспроизводимым критерием атрофии.

Наличие острых и/или хронических эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки следует указывать в эндоскопическом заключении или в клиническом диагнозе как отдельную позицию. Естественное течение и клиническое значение эрозивного гастрита или эрозивного дуоденита зависит от этиологии. Частыми причинами их возникновения служат нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), стресс, употребление алкоголя. Среди более редких причин называют лучевое поражение, вирусную инфекцию (например, цитомегаловирус), прямую травматизацию (например, назогастральный зонд).

Приложение 2. Клиническая картина и диагностика

Адаптировано из клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Гастрит и дуоденит», 2024

Клиническая картина

ХГ, который характеризуется определенными морфологическими изменениями слизистой оболочки, часто не является причиной возникновения симптомов, в том числе диспептических. Под диспепсией понимают такие симптомы, как боль или жжение в эпигастриальной области, переполнение в эпигастриальной области, чувство раннего насыщения. У части пациентов с хроническим гастритом и инфекцией *H. pylori* возможно полное устранение симптомов диспепсии после эрадикации инфекции *H. pylori* (NNT = 10).

Гастродуоденальные эрозии, в том числе обусловленные приемом НПВП, нередко протекают малосимптомно и могут манифестировать острым желудочно-кишечным кровотечением.

Клиническую картину аутоиммунного гастрита (АИГ) обычно связывают с проявлениями дефицита витамина В12 (макроцитарная анемия, неврологическая симптоматика), железодефицитной анемией и сочетанными аутоиммунными заболеваниями. Подробно диагностика и лечение аутоиммунного гастрита описаны в методических рекомендациях¹⁰.

Критерии установления диагноза

Диагноз гастрита основан на гистологическом выявлении воспаления слизистой оболочки желудка (нейтрофильные лейкоциты в собственной пластинке и интраэпителиально, плотность мононуклеарной воспалительной инфильтрации), а также атрофии и кишечной метаплазии.

Современные методы эндоскопического исследования, в частности, видеоэндоскопия высокой четкости с мультимодальным режимом осмотра и увеличением, предоставляют дополнительные высокоинформативные возможности для диагностики гастрита, дуоденита предраковых изменений слизистой оболочки желудка.

Важнейшим этиологическим фактором гастрита служит инфекция *H. pylori*, и положительные тесты на *H. pylori* свидетельствуют о наличии ХГ.

Эндоскопическое наблюдение

Пациентам с выявленной дисплазией СОЖ в отсутствие видимого при стандартной эндоскопии в белом свете отграниченного новообразования рекомендуется незамедлительно выполнить повторную ЭГДС высокого разрешения с хромоэндоскопией (виртуальной или с использованием красителей) и увеличением. В случае, если при проведении повторного исследования вновь не удастся выявить отграниченное новообразование, рекомендуется выполнить биопсию желудка для определения стадии гастрита (если это не сделано ранее) и контрольную ЭГДС не позднее, чем через 6 месяцев (при дисплазии высокой степени), и не позднее, чем через 12 месяцев (при дисплазии низкой степени).

¹⁰ Кайбышева В. О., Драпкина О. М., Маев И. В., Бернс С. А., Кашин С. В., Крайнова Е. А., Тихонов С. В., Бакулина Н. В., Ливзан М. А., Шепель Р. Н. Диагностика и лечение аутоиммунного гастрита. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, 2024. — 38 с. ISBN: 978-5-6052598-6-2. doi: 10.15829/ROPNIZ-k8-2024. EDN NZMNHU

Для определения интервалов эндоскопического наблюдения предложена стратификация пациентов на основании выраженности предраковых изменений желудка и наличия дополнительных факторов риска РЖ (табл. 3). Очевидно, что лица с выраженной атрофией и кишечной метаплазией слизистой оболочки желудка продолжают нуждаться в эндоскопическом наблюдении даже несмотря на ликвидацию инфекции *H. pylori* в результате успешной ее терапии.

Неполная КМ – прогностически неблагоприятный фактор развития РЖ по сравнению с полной КМ, ее следует рассматривать как дополнительное условие определения сроков наблюдения пациентов с гастритом. Дополнительным фактором риска РЖ служит наличие близких родственников, страдающих РЖ.

Таблица 3 – Рекомендуемая частота эндоскопического наблюдения¹¹

Группа пациентов	Частота эндоскопического наблюдения (с применением хромоэндоскопии и биопсией)
легкая или умеренная атрофия СОЖ, ограниченная антральным отделом желудка ИЛИ очаг КМ только в антральном отделе ИЛИ только в теле желудка	Наблюдение не требуется (доказательства среднего качества, сильная рекомендация)
очаг КМ только в антральном отделе ИЛИ только в теле желудка + одно из следующих состояний: <ul style="list-style-type: none"> отягощенный семейный анамнез по РЖ неполная КМ персистирующий <i>H. pylori</i>-ассоциированный гастрит 	1 раз в 3 года (доказательства низкого качества, слабая рекомендация)
выраженная атрофия или КМ в теле и антральном отделе желудка (OLGA/OLGIM III-IV)	1 раз в 3 года (доказательства низкого качества, сильная рекомендация)
выраженная атрофия или КМ в теле и антральном отделе желудка (OLGA/OLGIM III-IV) + отягощенный семейный анамнез по РЖ	1 раз в 1-2 года (доказательства низкого качества, слабая рекомендация)
Сокращения: СОЖ – слизистая оболочка желудка, КМ – кишечная метаплазия	

¹¹ Лечение предраковых заболеваний и поражений эпителия желудка (MAPS II): обновленные рекомендации Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE), Европейской группы по изучению хеликобактера и микробиоты (EHMSG), Европейского общества патологии (ESP) и Португальского общества эндоскопии пищеварительной системы (SPED) за 2019 г. (Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30841008>. Дата обращения 12.03.2024.

Алгоритм лечения и наблюдения пациентов с АИГ¹² приведен на рисунке 1. Согласно российским рекомендациям по ведению пациентов с гастритом, ЭГДС при АИГ следует проводить с частотой 1 раз в 1-2 года [1, 16]. ЭГДС при АИГ должна сопровождаться тщательным осмотром СОЖ на предмет выявления нейроэндокринных опухолей (НЭО) 1 типа. Небольшие НЭО могут быть удалены эндоскопически. В последующем такие пациенты должны подвергаться эндоскопическому наблюдению с частотой не менее 1 раза в год¹³.



Рисунок 1 – Алгоритм лечения и наблюдения АИГ. Сокращения: АИГ – аутоиммунный гастрит, СИБР – синдром избыточного бактериального роста

¹² Кайбышева В. О., Драпкина О. М., Маев И. В., Бернс С. А., Кашин С. В., Крайнова Е. А., Тихонов С. В., Бакулина Н. В., Ливзан М. А., Шепель Р. Н. Диагностика и лечение аутоиммунного гастрита. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, 2024. — 38 с. ISBN: 978-5-6052598-6-2. doi: 10.15829/ROPNIZ-k8-2024. EDN NZMHKU

¹³ Там же

Приложение 3. Лечение

Адаптировано из клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Гастрит и дуоденит», 2024

Медикаментозное лечение

Лечение ХГ должно быть комплексным и включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих ulcerogenicным действием, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.

Эрадикационная терапия инфекции *H. pylori*

Всем пациентам с ХГ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* в качестве этиологического лечения рекомендуется проведение эрадикационной терапии.

Возможные схемы эрадикационной терапии, рекомендованные к применению в клинической практике, представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Лекарственные комбинации и схемы для эрадикации *H. pylori*

Линии терапии	Возможные схемы эрадикации
Первая	В регионах с резистентностью к КЛА <15% или с подтвержденной эффективностью стандартной тройной терапии: ИПП + КЛА 500 мг 2 раза + АМО 1000 мг 2 раза, 14 дней. При резистентности к КЛА >15%: ИПП + ТЕТ 500 мг 4 раза + МТР 500 мг 3 раза + ВТД 120 мг 4 раза, 14 дней; ИПП + КЛР 500 мг 2 раза + АМО 1000 мг 2 раза + МТР 500 мг 3 раза, 14 дней
Вторая	ИПП + ТЕТ 500 мг 4 раза + МТР 500 мг 3 раза + ВТД 120 мг 4 раза, 14 дней (если не применялась как терапия первой линии) ИПП + ЛЕВ 500 мг 2 раза + АМО 1000 мг 2 раза +/- ВТД 120 мг 4 раза, 14 дней
Третья	ИПП + ЛЕВ 500 мг 2 раза + АМО 1000 мг 2 раза +/- ВТД 120 мг 4 раза, 14 дней (если не применялась как терапия второй линии) Терапия, основанная на определении индивидуальной чувствительности <i>H. pylori</i> к антибиотикам
Примечание: во всех схемах ИПП назначаются в стандартной дозе два раза в сутки, кроме омепразола, который назначается в двойной стандартной дозе (40 мг 2 раза в сутки); КЛА – кларитромицин, АМО – амоксициллин, ВТД – висмута трикалия дицитрат, ЭЗО – эзомепразол, РАБЕ – рабепразол, ОМЕ – омепразол, ТЕТ – тетрациклин, МЕТ – метронидазол, ЛЕВ – левофлоксацин	

Согласно клиническим рекомендациям, предложенным Российской гастроэнтерологической ассоциацией, на территории Российской Федерации в качестве терапии **первой линии** рекомендуется один из следующих режимов эрадикации [2]:

- 1) Стандартная тройная терапия: ингибитор протонной помпы (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки), амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки), усиленная висмутом трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день), в течение 14 дней;
- 2) Классическая четырехкомпонентная терапия с висмутом трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в сутки) в сочетании с ингибитором протонной помпы (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки) и метронидозолом (500 мг 3 раза в сутки) в течение 14 дней;

- 3) Квадротерапия без препаратов висмута, которая включает стандартную тройную терапию: ингибитор протонной помпы (в стандартной дозе 2 раза в сутки), амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки), усиленная метронидазолом (500 мг 3 раза в сутки) в течение 14 дней.

При неэффективности терапии первой линии рекомендовано назначение одной из схем **второй линии** в течение 14 дней:

- классическая четырехкомпонентная терапия на основе висмута трикалия дицитрата: ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки); висмута трикалия дицитрата (240 мг 2 раза в сутки или 120 мг 4 раза в сутки); тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки); метронидазол (500 мг 3 раза в сутки), рекомендуется после неудачи стандартной тройной терапии, а также стандартной тройной терапии, усиленной висмутом трикалия дицитратом;
- схема с левофлоксацином: тройная схема лечения с левофлоксацином (ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки); левофлоксацин (500 мг 2 раза в сутки); амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки)) или квадротерапия с левофлоксацином (ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки); левофлоксацин (500 мг 2 раза в сутки); амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки); висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день)). Рекомендуется после неудачи классической четырехкомпонентной терапии с висмутом трикалия дицитратом.

При неэффективности терапии второй линии рекомендовано назначение одной из схем **третьей линии** в течение 14 дней:

- тройная схема лечения с левофлоксацином (ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки); левофлоксацин (500 мг 2 раза в сутки); амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки)) или квадротерапия с левофлоксацином (ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки); левофлоксацин (500 мг 2 раза в сутки); амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки); висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день)), если не применялась как терапия второй линии;
- на основании определения индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам.

К мерам, повышающим эффективность схем эрадикации, относят:

- добавление ребамипида в дозе 100 мг 3 раза в сутки 8 недель для увеличения эффективности и улучшения переносимости;
- добавление висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 раза в сутки или 120 мг 4 раза в сутки;
- назначение дважды в день повышенной дозы ИПП (для омепразола – удвоенной по сравнению со стандартной – 40 мг 2 раза в сутки);
- выбор эзомепразола или рабепразола из ИПП;
- назначение калий-конкурентного ингибитора протонного насоса (вонопразана);
- добавление штаммоспецифичных пробиотиков, доказавших свою эффективность, для снижения частоты нежелательных явлений, в том числе антибиотик-ассоциированной диареи (*Saccharomyces boulardii* по 1 капсуле (250 мг) 2 раза в сутки или пробиотиков, содержащих *Lactobacillus acidophilus* LA-5 и

Bifidobacterium animalis subsp. Lactis BB-12, преимущественно в составе функциональных продуктов питания);

— повышение приверженности пациентов эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* [17].

Медикаментозная терапия эрозивного гастрита и дуоденита

Пациентам с эрозивным гастритом и дуоденитом, в том числе на фоне приема НПВП и антиагрегантов (ацетилсалициловой кислоты), с целью достижения заживления эрозий рекомендуется проведение антисекреторной терапии ИПП течение 4-6 недель – назначение омепразола в суточной дозе 20 мг, лансопразола 30 мг, пантопразола 40 мг, рабепразола 20 мг, эзомепразола 20 мг на 2-4 недели, при необходимости на более длительный срок и/или ребамипида в течение 4-8 недель.

Цитопротективная медикаментозная терапия

Патоморфологические данные, а также исследования с применением теста проницаемости сахарозы доказывают, что при гастритах, а также при функциональной диспепсии имеет место синдром повышенной эпителиальной проницаемости, выраженность которого коррелирует с активностью воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка. *H. pylori* вносит вклад в возникновение этого синдрома, оказывая негативное влияние на структурные компоненты плотных контактов эпителиоцитов [18]. Таким образом, синдром повышенной эпителиальной проницаемости участвует в патогенезе гастрита, а медикаментозная терапия, оказывающая цитопротективный эффект, патогенетически обоснована.

Пациентам с ХГ, в том числе атрофическим, с целью потенцирования защитных свойств слизистой оболочки возможно рекомендовать терапию висмута трикалия дицитратом или ребамипидом в течение 4-8 недель. В случаях ХГ с выраженной атрофией и КМ следует рассмотреть терапию ребамипидом сроком на 6-12 месяцев.

Ребамипид оказывает защитный эффект на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта за счет регуляции уровня простагландинов, восстановления физиологической продукции слизи и плотных контактов, а также ингибирования продуктов окислительного стресса, провоспалительных цитокинов и хемокинов, что в комплексе ведет к устранению синдрома повышенной проницаемости слизистых оболочек. В рандомизированных контролируемых исследованиях применение ребамипида в течение 6-12 месяцев привело к уменьшению воспаления, а в одном исследовании даже к уменьшению кишечной метаплазии и дисплазии низкой степени, способствовал профилактике РЖ у пациентов высокого риска [17-23].

Цитопротективный эффект висмута трикалия дицитрата обусловлен связыванием ионами висмута свободных радикалов и усилением эндогенного синтеза простагландинов.

Медикаментозная терапия при симптомах диспепсии

Пациентам с ХГ и симптомами диспепсии (особенно такими, как боль и жжение в эпигастрии), в том числе в сочетании с функциональной диспепсией, в качестве симптоматического лечения рекомендуется терапия ИПП (омепразол в суточной дозе 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг) на 2-4 недели.

При наличии таких симптомов как переполнение в эпигастрии и раннее насыщение – терапия препаратами, обладающими прокинетическим эффектом (итоприд в дозе 50 мг 3 раза в сутки в течение 4-8 недель; домперидон 10 мг 3 раза в сутки не более 7 дней; тримебутин 100-200 мг 3 раза в день, при необходимости до 3 месяцев и др., в соответствии с клиническими рекомендациями¹⁴).

Для купирования симптомов диспепсии пациентам с ХГ рекомендуется лечение ребамипидом. Ребамипид достоверно уменьшает симптомы диспепсии не только при функциональной диспепсии, но и при гастрите, индуцированном НПВП и назначается в дозе 100 мг 3 раза в сутки в течение 2-4 недель, при необходимости 8 недель, как в монотерапии, так и в составе комплексного лечения.

Эндоскопическое лечение

Пациентам с ХГ при обнаружении эндоскопически видимых новообразований с дисплазией низкой или высокой степени, а также ракового поражения, показано определение стадии процесса и соответствующее лечение, в том числе, эндоскопическая резекция новообразования единым блоком.

При выявлении патологического участка эпителиальной дисплазии взятие биоптатов малоэффективно для точного диагноза (при проведении биопсии при дисплазии низкой степени после патологоанатомического исследования диагноз дисплазии высокой степени устанавливают в 25% случаев, диагноз рака – в 7% [24]) и эндоскопическое лечение служит тактикой выбора.

Рекомендации по режиму питания при наличии симптомов диспепсии:

- регулярный прием пищи, без длительных (более 4-5 часов) пауз между едой;
- употребление пищи в прохладном, теплом или умеренно горячем виде (холодные напитки и еда могут усилить симптомы диспепсии);
- пищу следует принимать медленно, тщательно пережевывая (избегать быстрой, торопливой еды);
- ограничение употребления продуктов с высоким содержанием жира;
- отказ (ограничение) от употребления алкоголя;
- ограничение употребления острых специй и кофе, в случае усиления симптомов диспепсии при их употреблении.

¹⁴ Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит», 2024 https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/708_2 (дата обращения 28.01.2025).

Приложение 4. Показания к госпитализации

Показания к плановой госпитализации пациентов с гастритом и дуоденитом:

- необходимость проведения дифференциального диагноза при редких формах гастрита (эозинофильный, гранулематозный и др.);
- выраженная анемия при аутоиммунном гастрите;
- выраженная клиническая картина заболевания при угрозе кровотечения (при эрозивном гастрите);
- необходимость выполнения эндоскопической резекции аденомы и раннего рака желудка.

Показанием к **экстренной госпитализации** является наличие признаков острого желудочно-кишечного кровотечения у пациента с подозрением на эрозивный гастрит и/или дуоденит.

Приложение 5. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения¹⁵

Пациентам с ХГ в стадии ремиссии рекомендуется санаторно-курортное лечение. Следует учитывать возраст и наличие сопутствующих заболеваний, что определяет выбор климатического региона.

Ведущими методами санаторно-курортного этапа реабилитации служат немедикаментозные: естественные природные факторы (климат, минеральная вода, лечебная грязь), искусственно моделированные природные факторы, кинезотерапия (разнообразные формы и средства ЛФК, медицинский массаж), психотерапия, диетотерапия, фитотерапия и другие.

Реабилитация пациентов на санаторном этапе происходит в соответствии с режимами – щадящим, тонизирующим и тренирующим, которые выбираются в зависимости от времени пребывания в санатории, характера заболевания и адаптационных возможностей организма¹⁶.

Таблица 5 – Медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания	Природные лечебные ресурсы
K29.3	Хронический поверхностный гастрит	Хронический гастрит с секреторной недостаточностью, фаза ремиссии	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K29.4	Хронический атрофический гастрит	Хронический атрофический гастрит, фаза ремиссии	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K29.8	Дуоденит	Хронический дуоденит с сохраненной и повышенной секрецией, фаза ремиссии	
K52.8	Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты	Эозинофильный гастрит или гастроэнтероколит, фаза ремиссии	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи

Пациентам с ХГ со сниженной секреторной функцией желудка назначают питьевые средне- и высокоминерализованные хлоридно-натриевые, гидрокарбонатные натриевые воды (курорты Бобруйск, Горячий Ключ, Ессентуки, Нальчик, Старая Русса, Усть-Качка,

¹⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2024 №143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 №26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов»

¹⁶ Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит», 2024 https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/708_2 (дата обращения 28.01.2025).

Юрмала и др.). С целью стимуляции секреции желудочного сока и соляной кислоты минеральную воду назначают за 15–20 минут до еды 3 раза в день.

Пациентам с ХГ с повышенной секреторной функцией желудка назначают питьевые слабо- и среднеминерализованные углекислые гидрокарбонатные натриевые, натриево-кальциевые, сульфатные кальциево-магниево-натриевыми воды (Боржоми, Березовские минеральные воды, Дарасун, Железноводск, Ижевские минеральные воды и др.). Минеральную воду назначают за 1–1,5 часа до еды 3 раза в день [1].

Медицинские противопоказания для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации

с применением природных лечебных ресурсов:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Воспалительные полиартропатии, системные поражения соединительной ткани, анкилозирующий спондилит, другие уточненные спондилопатии высокой степени активности.
5. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
6. Заразные болезни глаз и кожи.
7. Паразитарные заболевания.
8. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки [II](#) и [III](#) Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами;
10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).
11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
12. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
13. Эпилепсия с ремиссией менее 6 месяцев (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).
14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
16. Кахексия любого происхождения.



17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.
18. Заболевания и состояния, определенные по результатам научных исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2021; 31(4) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99>.
2. Ливзан М.А., Бордин Д.С., Гаус О.В. и др. Классификация хронического гастрита: исторический экскурс и современное состояние вопроса. Терапевтический архив. 2024;96(2):153–158. DOI: 10.26442/00403660.2024.02.202578.
3. Kusters J.G., van Vliet A.H., Kuipers E.J. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection. ClinMicrobiolRev. 2006; 19(3):449-490. doi:10.1128/CMR.00054-05.
4. 5El-Omar E.M., Carrington M., Chow W.H., McColl K.E., Bream J.H., Young H.A., Herrera J., Lissowska J., Yuan C.C., Rothman N., Lanyon G., Martin M., Fraumeni J.F. Jr., Rabkin C.S. Interleukin-1 polymorphisms associated with increased risk of gastric cancer. Nature. 2000; 404(6776):398-402. doi: 10.1038/35006081.
5. Malfertheiner P., Megraud F., Rokkas T., Gisbert J.P., Liou J.M., Schulz C., et al.; European *Helicobacter* and Microbiota Study group. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022;gutjnl-2022-327745. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327745.
6. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., Graham D.Y., El-Omar E.M., Miura S. et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis Gut 2015;64:1353–1367. doi: 10.1136/gutjnl-2015-309252.
7. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Каприн А.Д. и др. Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения (методическое руководство Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России для врачей первичного звена здравоохранения). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019;29(5):53–74. doi:10.22416/1382-4376-2019-29-5-53-74.
8. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(6):72-93. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93>
9. Герман С.В., Зыкова И.Е., Модестова А.В., Ермаков Н.В. Распространенность инфекции *H. pylori* среди населения Москвы. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010;20(2):25–30.
10. Рахманин Ю.А., Зыкова И.Е., Федичкина Т.П. и др. Изучение территориального распределения инфицированности *Helicobacter pylori* трудоспособного населения г. Москвы в ходе диспансеризации производственных контингентов. Гигиена и санитария. 2013;92(5):79–82.
11. Сварваль А.В., Ферман Р.С., Жебрун А.Б. Изучение динамики превалентности инфекции, обусловленной *Helicobacter pylori*, среди различных возрастных групп населения Санкт-Петербурга в 2007–2011 годах. Инфекция и иммунитет. 2012;2(4):741–6.
12. Решетников О.В., Курилович С.А., Кротов С.А., Кротова В.А. Хеликобактерная инфекция в сибирских популяциях. Бюл. СОРАМН. 2010;30(2):88–93.

13. Цуканов В.В., Третьякова О.В., Амелчугова О.С. и др. Распространенность атрофического гастрита тела желудка у населения г. Красноярска старше 45 лет. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2012;22(4):27–31.
14. Бордин Д.С., Кузнецова Е.С., Стаувер Е.Е. Распространенность инфекции *Helicobacter pylori* при различных заболеваниях и в когортных исследованиях, проведенных в Российской Федерации с 1990 по 2023 год: систематический обзор. Эффективная фармакотерапия. 2024;20(30):24–33. DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-30-24-33.
15. Бордин Д.С., Мозговой С.И., Ливзан М.А. и др. Междисциплинарный консенсус Re.Ga.IN.: что нового? Часть 1: дефиниции, *Helicobacter pylori*-ассоциированный и аутоиммунный гастрит. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (2): 54–70. DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-2-54-70
16. Драпкина О. М., Кашин С. В., Куваев Р. О. и др. Современный алгоритм диагностики и ведения пациентов с хроническим атрофическим гастритом и кишечной метаплазией желудка. Профилактическая медицина. 2023;26(1):7-10. DOI: 10.17116/profmed2023260117.
17. Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):1-35.
18. Simanenkova V.I., Maev I.V., Tkacheva O.N. et al. Syndrome of increased epithelial permeability in clinical practice. Multidisciplinary national Consensus. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2021;20(1):2758. (In Russ.) Симаненков В.И., Маев И.В., Ткачева О.Н. и др. Синдром повышенной эпителиальной проницаемости в клинической практике. Мультидисциплинарный национальный консенсус. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(1):2758. doi:10.15829/1728-8800-2021-2758.
19. Han X., Jiang K., Wang B., Zhou L., Chen X., Li S. Effect of rebamipide on the premalignant progression of chronic gastritis: a randomized controlled study. Clin Drug Investig. 2015; 35(10):665 – 673. DOI: 10.1007/s40261-015-0329-z.
20. Kamada T., Sato M., Tokutomi T., Watanabe T., Murao T., Matsumoto H. et al. Rebamipide improves chronic inflammation in the lesser curvature of the corpus after *Helicobacter pylori* eradication: a multicenter study. Biomed Res Int. 2015; 2015: 865146 – 86514. DOI: 10.1155/2015/865146.
21. Simadibrata M., Syam A., Rani A., Wanandi S., Fauzi A., Abdullah M. Anti free radical & anti inflammatory effect of rebamipide in chronic gastritis. Open Journal of Gastroenterology. 2013. 3:72-77. DOI:10.4236/ojgas.2013.31011.
22. Lee J.S., Jeon S.W., Lee H.S., Kwon Y.H., Nam S.Y., Bae H.I., Seo A.N. Rebamipide for the Improvement of Gastric Atrophy and Intestinal Metaplasia: A Prospective, Randomized, Pilot Study. Dig Dis Sci. 2022;67(6):2395-2402. DOI: 10.1007/s10620-021-07038-7.
23. Seo G.H., Lee H. Chemopreventive Effect of Rebamipide against Gastric Cancer in Patients who undergo Endoscopic Resection for Early Gastric Neoplasms: A Nationwide Claims Study. Digestion. 2019; 100(4):221-228. DOI: 10.1159/000495288.
24. Zhao G., Xue M., Hu Y., Lai S., Chen S., Wang L. How commonly is the diagnosis of gastric low grade dysplasia upgraded following endoscopic resection? A meta-analysis. PLoSOne 2015; 10(7): e0132699. DOI: 10.1371/journal.pone.0132699.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:



Москва, Петроверигский пер.,
д.10, стр. 3



+7 (495) 212-07-13



www.gnicpm.ru



vk.com/gnicpmru



t.me/fgbunmictpm