

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 25.05.2015,

г. Мурманск

№ 149

**Об утверждении алгоритмов диагностики и лечения
язвенной болезни на амбулаторном этапе
оказания медицинской помощи
взрослому населению Мурманской области**

В целях реализации плана мероприятий Министерства здравоохранения Мурманской области (далее – Министерство) по снижению смертности населения от болезней органов пищеварения на 2015 год, приказа Министерства от 20.04.2015 № 204 «Об организации и проведении комплекса мероприятий по сокращению смертности населения Мурманской области от болезней органов пищеварения»

1. Утвердить:

1.1. Алгоритм диагностики язвенной болезни на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи (приложение № 1).

1.2. Алгоритм лечения язвенной болезни на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи (приложение № 2).

2. Председателю комитета по здравоохранению администрации города Мурманска Кошелевой Л.Н., главным врачам медицинских организаций Мурманской области, руководителям медицинских организаций других министерств и ведомств, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Мурманской области бесплатной медицинской помощи:

2.1. Использовать настоящие алгоритмы при организации оказания медицинской помощи пациентам с язвенной болезнью на амбулаторном этапе.

2.2. Обеспечить:

2.2.1. Взаимодействие и преемственность в вопросах организации оказания медицинской помощи пациентам с язвенной болезнью между структурными подразделениями медицинских организаций; с медицинскими организациями Мурманской области, в том числе с ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А.Баяндина» (далее – МОКБ) и ГОАУЗ «Мурманский областной консультативно-диагностический центр».

2.2.2. Соблюдение маршрутизации пациентов с язвенной болезнью при направлении на стационарное лечение в соответствии с нормативными документами Министерства.

2.2.3. Наличие в медицинских организациях препаратов для выполнения стандартов оказания медицинской помощи больным с язвенной болезнью; расходных материалов для проведения лабораторных

исследований, оперативных вмешательств, диагностических исследований, включая эндоскопический и дыхательный экспресс - методы «Хелик –тест».

3. Определить координаторами реализации мероприятий главного внештатного специалиста – гастроэнтеролога Министерства, заведующую гастроэнтерологическим отделением МОКБ Терсинских Ж.В., главного внештатного специалиста Министерства по поликлинической терапии, главного врача МБУЗ «Городская поликлиника № 7» г.Мурманска Ортикову И.Б.

4. Контроль за выполнением распоряжения возложить на заместителя Министра Ушакову Л.Г.

Первый заместитель министра



Р.В.Москвин

**Алгоритм диагностики язвенной болезни на амбулаторном этапе
оказания медицинской помощи**

Шифр по МКБ - 10: язва желудка - **К 25.3, К 25.7**, язва двенадцатиперстной кишки - **К 26.3, К 26.7**

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, основным морфологическим проявлением которого является язва желудка или двенадцатиперстной кишки (далее – ДПК), как правило, развивающаяся на фоне хронического гастрита, ассоциированного с *HELICOBACTER PYLORI* инфекцией (далее - НР).

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

Клинический метод	Жалобы	Боли в эпигастрии: натошак («голодные»), после еды через 30-60 мин (ранние боли) при язвах тела желудка; и поздние через 2-3 часа после еды при язвах привратника и ДПК, ночью, купирующиеся приемом пищи, антацидами, ингибиторами секреции, нередко с иррадиацией в левую половину грудной клетки, в область мечевидного отростка грудины, грудной и поясничной отделы позвоночника
		Рвота кислым желудочным содержимым на высоте болей, приносящая облегчение Изжога, отрыжка, тошнота, запоры Отсутствие жалоб (чаще у молодых или пожилых)

			<ul style="list-style-type: none"> - рвота «кофейная гуща» и/или черным дегтеобразным стулом (мелена) - наличие в рвотных массах примеси неизменной крови может указывать на массивный характер кровотечения или низкую секрецию соляной кислоты. - кровотечение может сначала проявиться общими симптомами желудочного кровотечения - слабостью, головокружением, падением артериального давления (далее – АД), бледностью кожи и др., без болей в животе, с появлением мелены лишь через несколько часов
Осложнения		Кровотечение	<ul style="list-style-type: none"> - острые («кинжальные») боли в подложечной области нередко с развитием коллапса и рвотой. - резкое напряжение мышц передней брюшной стенки («доскообразный» живот) - выраженная болезненность при пальпации, симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина — Блюмберга), исчезновение печеночной тупости - Исход (иногда после кратковременного периода мнимого улучшения) развитие разлитого перитонита
		Перфорация	<ul style="list-style-type: none"> - утрата прежней периодичности болей (постоянные) - иррадиация в ту или другую область (например, в поясничную при пенетрации язвы в поджелудочную железу) - субфебрилитет - лейкоцитоз, ускорение СОЭ
		Пенетрация	<ul style="list-style-type: none"> - дискомфорт в подложечной области - отрыжка с запахом сероводорода - рвота (иногда пищей, принятой накануне) - объективно: «шум песка», видимая судорожная
		Стеноз привратника	

			перистальтика - истощение больных, тяжелые нарушения водно-электролитного баланса (при прогрессировании процесса) - утрата периодичности и сезонности обострений и связи - потеря аппетита - истощение, анемия
		Малигнизация	
Эндоскопический метод	Обязательно с прицельной биопсией при язве желудка (5-7 фрагментов дна и краев язвы) для исключения малигнизации		
Рентгенологический метод	Для исключения осложнений (пенетрация, малигнизация)		
рН-метрия	Для определения осложнений функции желудка		

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НР:

Биохимический	Морфологический	Бактериологический	Иммунологический	Молекулярно-генетический
Быстрый уреазный тест эндоскопический экспресс метод «Хелпил-тест»)	Гистологический: - выявление НР в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка; - выявление НР в слое пристеночной слизи	Выделение чистой культуры и определение чувствительности к антибиотикам	- выявление антигена НР в кале, слюне, зубном налете, моче; - выявление антител к НР в крови с помощью иммуноферментного анализа (для скрининга инфекции)	- полимеразная цепная реакция (ПЦР) для биоптатов слизистой желудка для выявления инфекции НР, генотипирование штаммов НР)

Приложение №2
к распоряжению
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 25.05.2015 № 173

**Алгоритм лечения язвенной болезни на амбулаторном этапе
оказания медицинской помощи**

**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК, АССОЦИИРОВАННОЙ С НР -
ИНФЕКЦИЕЙ:**

Выбор варианта лечения зависит от наличия индивидуальной переносимости большими тех или иных препаратов, а также чувствительности штаммов НР к препаратам.

ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ:

<i>Стандартная тройная терапия</i>		<i>Квадротерапия с препаратом висмута</i>
Ингибиторы протонной помпы (далее – ИПП) в стандартной дозе за 30 мин до еды 2 р/сут + кларитромицин 500 мг р/сут + амоксициллин 1000 мг 2 р/сут (или метронидазол 500 мг 2р/сут)	или	ИПП в стандартной дозе за 30 мин до еды 2 р/сутки + тетрациклин 500 мг 4 р/сут + метронидазол 500 мг х 3/р сут+ препарат висмута трикалия дицитрат 120 мг х 4р/сут за 30-40 мин до еды 10 дней
7 дней или 10-14 дней		

**Примечание: ИПП в стандартной дозе (омепразол 20мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40мг, рабепразол 20 мг)*

В случае аллергии на препараты группы пенициллина:

<i>Квадротерапия с препаратом висмута</i>		<i>Резервная схема</i>
ИПП в стандартной дозе за 30 мин до еды 2 р/сут + тетрацилин 1000 мг 2 р /сут + метронидазол 500 мг 2р/сут + висмута трикалия дицитрат 120 мг х 4р/сут за 40 мин до еды 10 дней	или	ИПП в стандартной дозе за 30 мин до еды 2 р/сутки + кларитромицин 500 мг 2 р/сут + левофлоксацин 500 мг 2 р/сут 10 дней

В случае поливалентной аллергии к антибиотикам или отказе больного от антибактериальной терапии:

ИПП в стандартной дозе 2р/сут + 30% водный раствор прополиса (100 мл 2 раза день натощак) 14 дней

Для пожилых пациентов при ситуациях, когда невозможна полноценная антихеликобактерная терапия:

ИПП в стандартной дозе за 30 мин до еды 2 р/сут + амоксициллин 1000 мг 2р/сут + висмута трикалия дицитрат (120 мг х 4р/сут или 240 мг 2 р/сут) 14 дней	или	Висмута трикалия дицитрат 120 мг х 4р/сут 28 дней
--	-----	---

При отсутствии эрадикации НР после лечения пациентов одним из вариантов терапии первой линии проводится терапия второй линии.

ТЕРАПИЯ ВТОРОЙ ЛИНИИ:

<i>Квадротерапия с препаратом висмута</i>		<i>Последовательная терапия</i>	
ИПП в стандартной дозе за 30 мин до еды 2 р/сут + метронидазол 500 мг 3р/сут + тетрациклин 500 мг 4р/сут + висмута трикалия дицитрат 120 мг х 4р/сут 10 дней	или	ИПП в стандартной дозе за 30 мин до еды 2 р/сутки + левофлоксацин 500 мг р/сут + амоксициллин 1000мг 2/сут 10 дней	или ИПП в стандартной дозе за 30 мин до еды 2р/сут + кларитромицин 500 мг 2р/сут + метронидазол 500 мг 2р/сут (или тинидазол 500 мг) 10 дней

При отсутствии эффективности лечения пациентов одним из вариантов терапии второй линии: консультация врача-гастроэнтеролога областного уровня (МДЦ, МОКБ) для определения дальнейшей тактики и подбора терапии.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, НЕАССОЦИИРОВАННОЙ С НР:

Антисекреторные		Гастропротекторы	Антациды
ИПП за 30 мин до еды 1-2 р/сут	Н-2 гистаминоблокаторы за 30 мин до еды 2 р/сут	Висмута трикалия дицитрат 120 мг х 4/сут или сукральфат 0,5- 1,0 х 4 р\сут	- используются как симптоматические средства в качестве монотерапии – до проведения диагностики НР или рН- метрии
2-3 недели		14-28 дней	

*Примечание: ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20-40 мг, рабепразол 20 мг)

ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРОЛЬНОГО ФЭГДС В ХОДЕ ТЕРАПИИ (ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК) ПОКАЗАНО ЧЕРЕЗ 10-14 ДНЕЙ (БЕЗ ТЕСТА НА НР):

- 1) В случае эпителизации язвы ДПК с неосложненным течением заболевания, продолжение терапии антисекреторными препаратами (ИПП, Н2- гистаминоблокаторами) не требуется;
- 2) При сохранении язвенного дефекта по результатам контрольного ФЭГДС на 10-14 день лечения рекомендовано продолжить цитопротективную терапию: препаратом висмута трикалия дицитратом (120 мг х 4р в день или 240 мг 2 р/сут) и/или ИПП в половинной дозе в течение 2-3 недель.

Контроль эффективности эрадикационной терапии НР необходимо проводить не ранее, чем через 4-8 недель после эрадикации следующими методами:

- дыхательный уреазный тест
- определение антигена методом ПЦР в кале, слюне, зубном налете, моче
- быстрый уреазный тест (эндоскопический экспресс метод «Хелпил-тест»)
- гистологический (ФЭГДС с проведением биопсии слизистой желудка или ДПК)