

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 31 жовтня 2013 року № 943

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА

2013

Перелік скорочень та визначень, що застосовані в протоколі

БА	–	Бронхіальна астма
ГЕРХ	–	Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба
<i>H. pylori</i>	–	<i>Helicobacter pylori</i>
H₂RAs	–	Антагоністи H ₂ -рецепторів гістаміну
ЕГДС	–	Езофагогастродуоденоскопія
ЕКГ	–	Електрокардіографія
ІПП	–	Інгібітор протонної помпи
НЕРХ	–	Неерозивна рефлюксна хвороба
ШКТ	–	Шлунково-кишковий тракт

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

1.2. Шифр згідно МКХ-10: K21; K21.0; K21.9

1.3. Потенційні користувачі: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, терапевти дільничні, гастроентерологи.

1.4. Мета протоколу: організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам старше 18 років з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою.

1.5. Дата складання протоколу: липень 2013 рік

1.6. Дата перегляду протоколу: липень 2016 рік

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Хобзей Микола Кузьмич	Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, професор, доктор медичних наук (голова мультидисциплінарної робочої групи)
Харченко Наталія В'ячеславівна	Завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Гастроентерологія» (заступник голови з клінічних питань)
Ліщишина Олена Михайлівна	Директор департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», старший науковий співробітник, кандидат медичних наук (заступник голови з методології)
Острополець Наталія Андріївна	Начальник відділу високоспеціалізованої медичної допомоги управління спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України
Бабак Олег Якович	Завідувач відділу ДУ «Інституту терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», професор, доктор медичних наук, Віце-президент Української гастроентерологічної асоціації
Худошина Ольга Валентинівна	Заступник начальника Управління – начальник відділу управління якістю медичної допомоги Управління контролю якості медичних послуг МОЗ України

Фомін Петро Дмитрович	Завідувач кафедри факультетської хірургії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Хірургія»
Матюха Лариса Федорівна	Завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»
Ткач Сергій Михайлович	Професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, професор, доктор медичних наук
Захараш Михайло Петрович	Завідувач кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Проктологія»
Звягінцева Тетяна Дмитрівна	Завідувач кафедри гастроентерології Харківської медичної академії післядипломної освіти, професор, доктор медичних наук
Скрипнік Ігор Миколайович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», професор, доктор медичних наук
Драгомирецька Наталія Володимирівна	Головний науковий співробітник, керівник відділу відновного лікування хворих гастроентерологічного профілю ДП «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології» МОЗ України, професор кафедри загальної практики та медичної реабілітації Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук
Свінціцький Анатолій Станіславович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, професор, доктор медичних наук

Нікішаєв Володимир Іванович	Завідувач відділення ендоскопічної діагностики та малоінвазивної хірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, доктор медичних наук
Свінцицький Анатолій Станіславович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, професор, доктор медичних наук
Корендович Володимир Степанович	Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Гастроентерологія» Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації, завідувач гастроентерологічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Горбачевського
Дроговоз Світлана Мефодіївна	Професор кафедри фармакології Харківського національного фармацевтичного університету, професор, доктор медичних наук
Червак Ігор Миколайович	Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Гастроентерологія» Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації, завідувач гастроентерологічного відділення Київської міської клінічної лікарні № 8
Коруля Ірина Анатоліївна	Доцент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук
Марухно Ірина Сергіївна	Асистент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук
Бабінець Лілія Степанівна	Завідувач кафедри загальної практики-сімейної медицини Тернопільського Державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, професор, доктор медичних наук
Рассказова Людмила Миколаївна	Завідувач амбулаторії загальної практики – сімейної медицини с. Іванівка, Ставищанський район, Київська область
Маяцька Оксана Віталіївна	Асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Степаненко Алла Василівна	Радник Міністра охорони здоров'я, консультант ДП «Державний експертний центр МОЗ України», професор, доктор медичних наук
Горох Євген Леонідович	Начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна Олена Олександрівна	Начальник відділу методичного забезпечення нових технологій в охороні здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Адреса для листування:

Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», 03151, м.Київ, вул.Ушинського, 40. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів за посиланням: <http://www.dec.gov.ua/mtd/vybirtemy.html>

Рецензенти

Лисенко Григорій Івінович	Директор Інституту сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, професор, доктор медичних наук
Безруков Владіслав Вікторович	Директор Державної установи «Інститут геронтології імені Д.Ф.Чеботарьова Національної академії медичних наук України», академік Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) як самостійна нозологічна одиниця отримала офіційне визнання в жовтні 1997 р. на міждисциплінарному конгресі гастроентерологів і ендоскопістів в м. Генвалі (Бельгія). Всесвітньою організацією гастроентерологів ГЕРХ визнано захворюванням ХХІ століття, на яке страждає від 20 до 50 % населення різних країн світу. ГЕРХ є провідною причиною зниження якості життя, працездатності та розвитку ряду ускладнень, наприклад стравоходу Барретта.

Достовірні дані щодо розповсюдженості ГЕРХ в Україні відсутні.

II. Загальна частина

Даний уніфікований клінічний протокол розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба», в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ. Положення уніфікованого клінічного протоколу, побудованого на доказах, спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із ГЕРХ і охоплюють всі етапи. Заходи з профілактики, раннього (своєчасного) виявлення даного захворювання дозволять суттєво поліпшити якість та зменшити витрати на медичну допомогу

Діагноз ГЕРХ рекомендується для визначення хронічного рецидивуючого захворювання, зумовленого порушенням моторно-евакуаторної функції гастроезофагеальної зони, що характеризується спонтанним або регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового й дуоденального вмісту, що приводить до ушкодження дистального відділу стравоходу та вимагає тривалої терапії для досягнення високої якості життя пацієнтів і профілактики ускладнень. Діагноз ГЕРХ має ґрунтуватися на оцінці скарг хворого, тривалості анамнезу захворювання і не потребує проведення будь-яких діагностичних тестів у хворих молодого віку з коротким анамнезом захворювання.

III. Основна частина

III.1 ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика		
<p>1. Збалансоване харчування, нормалізація маси тіла, уникнення переїдання;</p> <p>2. Уникнення факторів, які провокують виникнення ГЕРХ: паління, надмірного вживання алкоголю, шоколаду, жирної, гострої їжі, кави, чаю, тяжкої фізичної роботи, пов'язаної з нахилами тулуба, підйому важкого.</p>	<p>Існують докази стосовно виникнення ГЕРХ у хворих з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатнім вживанням харчових волокон, переїданні. Корекція способу життя є обов'язковою складовою лікування та профілактики подальшого розвитку ГЕРХ.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку ГЕРХ, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем (додаток 1).</p>
2. Діагностика		
<p>Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення наявності кислото-залежного захворювання, диференційної діагностики щодо ішемічної хвороби серця, зокрема гострого коронарного синдрому.</p>	<p>Доведено, що основним методом діагностики ГЕРХ, особливо у пацієнтів молодого віку, є ретельно зібраний анамнез, який дозволяє встановити діагноз без проведення ЕГДС, за допомогою пробного лікування.</p> <p>З діагностичною метою можуть бути проведені:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тест з альгінатами / антацидами; • ІПП-тест. <p>Проведення ЕГДС обов'язкове за наявності тривожних</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p><u>1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:</u></p> <p>1.1. Типові симптоми ГЕРХ;</p> <p>1.2. Наявність тривожних симптомів;</p> <p>1.3. Симптоми та фактори ризику інших проявів органічної патології шлунку та стравоходу (виразки, раку шлунку, гастриту тощо), диспепсії, індукованої прийомом медикаментів;</p> <p>1.4. Позастравохідні прояви ГЕРХ.</p> <p><u>2. Фізикальне обстеження.</u></p> <p><u>3. Лабораторні методи</u></p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>симптомів (розділ IV, табл. 2), в разі неефективного пробного лікування, у осіб старше 50 років. Доведено, що рентгенологічне дослідження з барієм має обмежене значення в діагностиці ГЕРХ і не рекомендується.</p>	<p><u>обстеження:</u> Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).</p> <p><u>4. Діагностичний тест з альгінатами/антацидами або ІПП-тест.</u></p> <p><u>5. Інструментальні методи обстеження:</u> 5.1 ЕКГ; 5.2. Направити на ЕГДС за наявності тривожних симптомів, в разі неефективного пробного лікування (тесту з альгінатами / антацидами або ІПП-тесту), осіб старше 50 років з підозрою на ГЕРХ.</p> <p><u>6. Направити на консультацію до:</u> 6.1. Гастроентеролога при виявленні рефлюкс-езофагіту ступеню В, С, D, стравоходу Барретта; 6.2. Хірурга при розвитку ускладнень; 6.3. Онколога при підозрі щодо злоякісного новоутворення.</p>
3. Методи лікування		
<p>Лікування пацієнтів з неускладненою ГЕРХ – НЕРХ та ГЕРХ ступеню А здійснюється із застосуванням немедикаментозних методів та засобів</p>	<p>Доведено, що ІПП є найбільш ефективними препаратами лікування пацієнтів з ГЕРХ. Дози та тривалість лікування залежать від перебігу ГЕРХ та ступеню ураження</p>	<p>Обов'язкові: 1. Надавати рекомендації щодо режиму харчування, способу життя та фізичних навантажень (додаток 1). 2. Призначення ІПП: тривалість основного курсу</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>фармакотерапії. Спосіб прийому та дозування лікарських засобів визначається відповідно з індивідуальною відповіддю пацієнта.</p>	<p>стравоходу. Доведено, що причиною неефективності лікування в переважній більшості випадків є неадекватний режим дозування та прийому лікарських засобів. Доведеною особливістю лікування пацієнтів з ГЕРХ є тривалість основного курсу від 4 до 8 тижнів з подальшим переходом на підтримуючу терапію. Підтримуюча терапія проводиться мінімально ефективною дозою ІПП або антагоністами H₂-рецепторів гістаміну, а також призначенням антацидів чи альгінатів. Доведена ефективність різних варіантів підтримуючої дози: від щоденного прийому ІПП або антагоністів H₂-рецепторів гістаміну при більш тяжких варіантах перебігу до прийому «на вимогу» (on-demand) або переривчастого прийому (через день).</p>	<p>медикаментозного лікування від 4 до 8 тижнів, при ерозивному рефлюкс-езофагіті курс лікування не менше 8 тижнів. Можливе призначення подвійних доз ІПП, збільшення тривалості прийому препарату. При відсутності відповіді на лікування направити пацієнта до гастроентеролога.</p> <p>3. Призначення стимуляторів перистальтики за наявності порушень моторики гастродуоденальної зони на 1-2 місяця.</p> <p>4. Підтримуюча терапія після основного курсу лікування: 4.1. Терапія залежно від індивідуальної відповіді: «на вимогу» або переривчастий прийом ІПП в стандартній або половинній дозі пацієнтам з НЕРХ, при легкому й помірному ступені ГЕРХ (ступінь А, В); 4.2. Призначення альгінатів, антацидів (за потребою); 4.3. Призначення антагоністів H₂-рецепторів гістаміну на ніч при «нічних проривах» симптомів.</p>
<p>4. Подальше спостереження / диспансеризація</p>		
<p>1. Пацієнти з ГЕРХ</p>	<p>Доведено, що ГЕРХ</p>	<p>Обов'язкові:</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.</p>	<p>може бути чинником розвитку тяжких ускладнень, зокрема кровотечі, стриктури стравоходу, стравоходу Барретта. Пацієнти з ГЕРХ повинні знаходитись на диспансерному обліку з оглядом 1 раз на рік або на вимогу. Огляд проводиться всім пацієнтам з ГЕРХ для виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану диспансеризації. 2. Проводити 1 раз на рік диспансеризацію пацієнта, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і при необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога. 3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (додаток 1). <p>Бажані: Направлення в період ремісії на санаторно-курортне лікування (додаток 2).</p>

III.2. ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика		
<p>1. Збалансоване харчування, нормалізація маси тіла, уникнення переїдання;</p> <p>2. Уникнення факторів, які провокують виникнення ГЕРХ: паління, надмірного вживання алкоголю, шоколаду, жирної, гострої їжі, кави, чаю, тяжкої фізичної роботи, пов'язаної з нахилами тулуба, підйому важкого, прийняття горизонтального положення тіла протягом трьох годин після їжі.</p>	<p>Існують докази залежності виникнення ГЕРХ у хворих з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатнім вживанням харчових волокон, переїдання. Корекція способу життя є обов'язковою складовою лікування та профілактики подальшого розвитку ГЕРХ.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Оцінити дотримання та ефективність рекомендацій, наданих сімейним лікарем/дільничним терапевтом.</p> <p>2. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику розвитку ГЕРХ, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем.</p>
2. Діагностика		
<p>Діагностика націлена на підтвердження наявності ГЕРХ, диференційну діагностику з серцево-судинними захворюваннями, встановлення причин неефективного лікування захворювання на етапі первинної допомоги, виявлення важких ускладнень.</p>	<p>Доведено, що основними методами діагностики ГЕРХ, особливо у пацієнтів молодого віку, є ретельно зібраний анамнез.</p> <p>З діагностичною метою може бути проведено пробне лікування альгінатами/антацидами або ІПП-тест.</p> <p>За наявності відповідних скарг, особливо у пацієнтів 40 років і старше, важливо виключити</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p><u>1. Збір анамнезу:</u></p> <p>1.1. Оцінити типові симптоми ГЕРХ;</p> <p>1.2. Оцінити наявність тривожних симптомів (розділ IV, табл. 2);</p> <p>1.3. Виключити органічну патологію шлунка та стравоходу (виразки, раку шлунка, гастриту тощо), диспепсії, індукованої прийомом медикаментів;</p> <p>1.4. Оцінити наявність позастравохідних проявів ГЕРХ.</p> <p><u>2. Лабораторні методи.</u></p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>ішемічну хворобу серця. За наявності задишки, пітливості, слабкості або у пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань серця необхідна ЕКГ перед обстеженням шлунково-кишкового тракту.</p> <p>Проведення ЕГДС обов'язкове при наявності тривожних симптомів (розділ IV, табл. 2), неефективного тесту з альгінатами/ антацидами або ППП-тесту, у осіб старше 50 років.</p> <p>При неефективності лікування, довготривалому перебігу захворювання доцільно провести хромоендоскопію, яка є ефективним методом діагностики ГЕРХ, стравоходу Барретта.</p> <p>Доведено, що рентгенологічне дослідження з барієм має обмежене значення в діагностиці ГЕРХ і не рекомендується.</p>	<p>2.1. Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу);</p> <p>2.2. Діагностика інфекції <i>H. pylori</i> (в разі довготривалого використання кислотознижуючих препаратів, за наявності ускладнень ГЕРХ) одним з методів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • каловий антигенний тест; • серологічне дослідження; • ¹³C -сечовинний дихальний тест . <p><u>3. Діагностичний тест з альгінатами / антацидами або ППП-тест.</u></p> <p><u>4. Інструментальні методи:</u></p> <p>4.1. ЕКГ;</p> <p>4.2. ЕГДС (проводиться за наявності тривожних симптомів, в разі неефективного пробного лікування, у осіб старше 50 років, при тривалості захворювання більше 10 років);</p> <p>4.3. Хромоендоскопія (при підозрі щодо розвитку стравоходу Барретта);</p> <p>4.4. рН-метрія стравоходу (при невстановленому діагнозі за допомогою ЕГДС, відсутності відповіді на кислотосупресивне лікування);</p> <p><u>5. Консультація:</u></p> <p>5.1. Хірурга за наявності тривожних симптомів,</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		ускладнень; 5.2. Онколога при підозрі щодо злоякісного новоутворення.
3. Методи лікування		
<p>При лікуванні здійснюється пошук оптимального поєднання медикаментозних і немедикаментозних засобів. Лікування здійснюється амбулаторно, за винятком випадків GERX з ускладненнями.</p> <p>3.1. Немедикаментозне лікування</p> <p>3.1.1. Дотримання режиму праці та відпочинку;</p> <p>3.1.2. Уникнення надмірного вживання продуктів харчування.</p> <p>3.2. Медикаментозне лікування:</p> <p>3.2.1. Інгібітори «протонної помпи»;</p> <p>3.2.2. Стимулятори перистальтики;</p> <p>3.2.3. Ерадикаційна антихелікобактерна терапія при наявності інфекції <i>H. pylori</i> у пацієнтів з GERX (стадія C, D), наявності ускладнень, при плануванні тривалого багатомісячного прийому ІПП;</p>	<p>Доведено, що ІПП є найбільш ефективними препаратами лікування хворих на GERX. Дози та тривалість лікування залежать від варіанту перебігу GERX та ступеню ураження стравоходу. Доведеною особливістю лікування хворих з GERX є тривалість основного курсу від 4 до 8 тижнів в залежності від тяжкості протікання з подальшим переходом на підтримуючу терапію. Підтримуюча терапія повинна проводитись мінімальною ефективною дозою ІПП або антагоністами H₂-рецепторів гістаміну, з застосуванням антацидів чи альгінатів, режим прийому ІПП або антагоністів H₂-рецепторів гістаміну від щоденного до прийому на вимогу (on-demand) або переривчастого</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (див. додаток 1).</p> <p>2. Призначення ІПП:</p> <ul style="list-style-type: none"> • якщо немає видимих ушкоджень слизової оболонки стравоходу (NERX) або діагностується рефлюкс-езофагіт ступеню А, В; тривалість основного курсу лікування – від 4 до 8 тижнів; • при ерозивному рефлюкс-езофагіті ступеню С, D – курс лікування не менше 8 тижнів; • при відсутності у пацієнта відповіді на лікування – подвійні дози ІПП, курс лікування – 8 – 12 тижнів. <p>3. Призначення урсодезоксихолевої кислоти протягом 1-2 місяців, сорбентів протягом 10 днів – при наявності змішаного рефлюктату.</p> <p>4. Призначення стимуляторів перистальтики протягом 1-2 місяців за наявності порушень моторики гастродуоденальної зони.</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>3.2.4. Підтримуюча терапія після основного курсу лікування.</p>	<p>прийому (через день). Доведено, що ерадикація <i>H. Pylori</i> не завжди усуває симптоми та впливає на перебіг ГЕРХ. Доцільно проводити ерадикацію у випадках, коли передбачається довготривале використання кислотознижуючих препаратів, а також при наявності ускладнень. При неускладнених варіантах перебігу ГЕРХ з катаральним езофагітом ефективність ерадикації <i>H. pylori</i> не доведена.</p>	<p>5. Ерадикаційна антихелікобактерна терапія проводиться згідно з положенням уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Диспепсія».</p> <p>6. Підтримуюча терапія призначається після основного курсу:</p> <p>6.1. Призначення терапії «на вимогу» або переривчастий прийом ІПП в стандартній або половинній дозі пацієнтам з НЕРХ, при легкому й помірному ступені ГЕРХ (ступень А, В);</p> <p>6.2. Призначення безперервного тривалого прийому ІПП у половинній дозі, можливо додаткове призначення антагоністів H_2-рецепторів гістаміну або ІПП в стандартній дозі на ніч при наявності «нічних проривів» (для пацієнтів з важкою формою ГЕРХ ступеню С, D);</p> <p>6.3. Призначення альгінатів, антацидів (за потребою).</p> <p>7. Хірургічне лікування розглядається при неефективності медикаментозного лікування та за наявності ускладнень</p>
4. Госпіталізація		
<p>Лікування в умовах стаціонару здійснюється при наявності ускладнень або</p>	<p>Показаннями для госпіталізації є наявність ускладнень, а саме: кровотеча,</p>	<p>При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація: – направлення на</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
необхідності хірургічного лікування	стриктура стравоходу, стравохід Барретта або потреба у ендоскопічному/ хірургічному лікуванні ГЕРХ.	госпіталізацію; – виписка з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.
5. Подальше спостереження		
<p>1. Пацієнти з ГЕРХ перебувають на диспансерному обліку</p> <p>2. Рекомендувати заходи вторинної профілактики: зміна способу життя – уникати порушень режиму харчування, паління, тяжкої фізичної роботи, пов'язаної з нахилами тулуба, підйомом важкого, нормалізувати масу тіла, не приймати горизонтального положення тіла протягом трьох годин після вживання їжі.</p>	<p>Пацієнти з ГЕРХ повинні знаходитись на диспансерному обліку з оглядом 1 раз на рік або на вимогу. Огляд проводиться всім пацієнтам з ГЕРХ для виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Продовження лікування амбулаторно, тривалість та схеми лікування див. 3.2.</p> <p>2. Опитування пацієнта при повторних візитах щодо наявності тривожних симптомів, оцінка обтяжуючих факторів і вирішення питання про доцільність його обстеження в закладі, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.</p> <p>3. Рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (додаток 1).</p> <p>Бажані: Направлення в період ремісії на санаторно-курортне лікування (додаток 2).</p>

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Загальний алгоритм діагностики та лікування



Критерії діагностики ГЕРХ:

ГЕРХ – це стан, що розвивається, коли рефлюкс вмісту шлунка викликає появу симптомів, що турбують пацієнта, і/або розвиток ускладнень. При цьому найбільш характерними симптомами ГЕРХ є печія та регургітація (відрижка, кисла відрижка), що виникають не менше одного разу на тиждень, а найпоширенішим ускладненням – рефлюкс-езофагіт.

Встановлення діагнозу ГЕРХ найбільш доцільне для більшості пацієнтів з типовими скаргами на печію, у яких не спостерігаються «тривожні ознаки».

При встановленні клінічного діагнозу необхідно визначити ступінь ушкодження стравоходу після ендоскопічної обстеження (А, В, С, D) згідно Лос-Анджелеської класифікації.

Ступені рефлюкс-езофагіту згідно Лос-Анджелеської класифікації:

А - Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною не більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки.

В - Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки, що не зливаються проміж собою (складками).

С - Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, що розташоване по складках та між ними, але займає менше 75 % окружності стравоходу.

D - Пошкодження слизової оболонки стравоходу, що охоплює 75 % і більше його окружності.

4.2. Алгоритм диференційної діагностики

Диференційна діагностика ГЕРХ проводиться з метою довести наявність даного захворювання, виключити інші захворювання, які можуть супроводжуватися подібними скаргами, а саме:

- ішемічну хворобу серця, оскільки це захворювання вимагає негайного початку лікування;
- інфекційний або лікарський (або викликаного дією різних подразнюючих речовин) езофагіт;
- виразкову хворобу;
- диспепсію;
- жовчну кольку;
- порушення моторики (рухової активності) стравоходу.

Таблиця 1. Прояви з боку систем організму, які мають враховуватись при встановленні діагнозу ГЕРХ

Стравохідні:	<ul style="list-style-type: none"> • печія • регургітація, відрижка (кислим, гірким або їжею) • нудота • дисфагія або одиофагія • відчуття підвищеної кількості рідини в роті • епігастральні болі • порушення сну, пов'язані з болем або печією
Кардіальні:	<ul style="list-style-type: none"> • епігастральні болі в лівій половині грудної клітини • порушення серцевого ритму
Бронхолегеневі:	<ul style="list-style-type: none"> • хронічний кашель • рецидивуючі (аспіраційні) пневмонії • бронхіальна астма («неалергічна»)
Ларингофарингеальні:	<ul style="list-style-type: none"> • охриплість, ларингіт, фарингіт • риніти • біль, почервоніння в горлі
Стоматологічні:	<ul style="list-style-type: none"> • карієс, ураження зубної емалі • дентальні ерозії • неприємний запах з рота

Таблиця 2. Тривожні симптоми, при наявності одного або декількох з яких у пацієнта з ГЕРХ, є обов'язковим направлення на ендоскопічне обстеження стравоходу (хромоендоскопії) з гістологічним дослідженням гастробіоптатів, для виключення онкологічних захворювань стравоходу та шлунка

1. Дисфагія
2. Шлунково-кишкова кровотеча
3. Часта нудота
4. Втрата маси тіла
5. Анемія
6. Ядуха
7. Біль у грудях

Пацієнтам зі шлунково-кишковими симптомами, що супроводжуються нез'ясованим болем у грудях, перед проведенням дослідження шлунково-кишкового тракту необхідне проведення спеціального дослідження серця (ЕКГ). Додаткові методи діагностики захворювань серця проводяться, в першу чергу, у пацієнтів, у яких немає болю в грудях, а тільки симптоми з боку шлунково-кишкового тракту, що супроводжуються наявністю задишки,

підливості, слабкості або в пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань серця.

Після виключення захворювання серця як причини наявних симптомів, для постановки діагнозу призначаються такі методи дослідження:

- ЕГДС – за наявності тривожних симптомів, в разі неефективного пробного лікування (тесту з альгінатами / антацидами, ІПП-тесту), у осіб старше 50 років, при тривалості захворювання більше 10 років;
- хромоендоскопія (при підозрі щодо розвитку стравоходу Барретта);
- рН-метрія стравоходу (при невстановленому діагнозі за допомогою ЕГДС, відсутності відповіді на кислотосупресивне лікування).

Диференціювати езофагіт при ГЕРХ від інфекційного або лікарського езофагіту допомагає ендоскопічне дослідження. Крім того, інфекційний або лікарський езофагіт звичайно супроводжується одинофагією, що буває рідко при рефлюкс-езофагіті.

Одним із методів диференційної діагностики, що підтверджують наявність кислотозалежного захворювання (ГЕРХ) є позитивні результати проведення одного з тестів:

- з альгінатами/антацидами (одноразовий прийом лікарського засобу що містить альгінат або антацид в стандартній дозі; якщо печія зникає або значно зменшується – тест позитивний, етіологія печії – рефлюкс; якщо печія зберігається – тест негативний, етіологія печії інша)
- ІПП-тест (пробне призначення ІПП в стандартній дозі протягом 7 днів).

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП).

5.1. Вимоги для установ, які надають первинну медичну допомогу

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар терапевт дільничний; медична сестра загальної практики.

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Електрокардіограф багатоканальний, лабораторне обладнання та інше обладнання відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол;
2. Антагоністи H₂-рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин;
3. Стимулятори перистальтики: домперидон, мосаприд, ітіоприд;
4. Антациди: алюмінію гідрооксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію;
5. Альгінати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат.

5.2. Вимоги для установ, які надають вторинну медичну допомогу

5.2.1. Кадрові ресурси

Лікарі: гастроентеролог, хірург.

Для обстеження пацієнтів необхідна участь лікарів інших спеціальностей: ендоскопіст, з функціональної діагностики, лаборант, патологоанатом.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Езофагогастроуденоскоп, рН-метр, електрокардіограф багатоканальний, скринінгові тести для визначення інфекції *H.pylori* (пристрої для експрес-діагностики хелікобактеріозу дихальним методом та/або по уреазній активності, каловий антигенний тест, тест-система для проведення серологічного скринінгового тесту на *H.pylori*, тест для швидкого імунохроматографічного аналізу на виявлення прихованої крові у калі), лабораторне обладнання та інше відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Інгібітори протонної помпи: омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, езомпразол;
2. Антагоністи H₂-рецепторів гістаміну: ранітидин, фамотидин;
3. Стимулятори перистальтики: домперидон, мосаприд, ітіоприд;
4. Антациди: алюмінію гідрооксид + магнію гідроксид, гідроокис або гідрокарбонат магнію;
5. Альгінати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат;
6. Препарати жовчних кислот: кислота урсодезоксихолева;
7. Антибактеріальні препарати, що застосовуються для ерадикації *H. pylori*: амоксицилін, кларитроміцин, метронідазол, тетрациклін, левофлоксацин;
8. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат;
9. Ентеросорбенти: вугілля медичне активоване, діосмектит, гідрогель метилкремнієвої кислоти.

VI. Індикатори якості

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря - гастроентеролога локального протоколу медичної допомоги «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба».

6.1.2. Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) **Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря - гастроентеролога локального протоколу медичної допомоги «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба».**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» (далі – УКПМД).

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2013 рік – 70 %

2014 рік – 90 %

2015 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), лікарями – гастроентерологами (зкладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з

питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги), лікарем - гастроентерологом (закладом охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГЕРХ).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2.А) Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Інформація про рекомендацію лікаря загальної практики - сімейного лікаря щодо необхідності направлення пацієнта до спеціалізованого стаціонару є недостатньою для включення такого пацієнта до чисельника індикатора. Має бути отримане підтвердження факту, що пацієнт дійсно потрапив до спеціалізованого стаціонару та пройшов там лікування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), яким було встановлено стан "Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба", а також тих з них, для яких наведена інформація про лікування пацієнта в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) та яким було встановлено стан «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба» впродовж звітного періоду.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), яким було встановлено стан «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба» впродовж звітного періоду, для яких наявні записи про лікування у спеціалізованому стаціонарі. Джерелом інформації є:

Форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 травня 2012 року за № 661/20974.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба», 2013.
2. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
4. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного таблиця оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».
5. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
6. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».
7. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
11. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
12. Александров В. В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии: учеб. пособие / В. В. Александров, А. И. Алгазин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.
13. Вологжанина Л. Г. Эффективность применения питьевой сульфатной магниевой-кальциевой минеральной воды в комплексном лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Л. Г. Вологжанина, Е. В.

- Владимирский // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры . — 2005 — № 6 . — С. 17-19.
14. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии / Выгоднер Е.Б. — Москва, 1987. — 302 с.
 15. Корепанов А.М., Михайлова М.Д. Применение курортных факторов в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2011 — № 2.- С.27-30.
 16. Медицинская реабилитация. В 3 т. / под ред. В. М. Боголюбова. — М.: 2007. — Т. 3. — 584 с.
 17. Мінеральні води України / за ред. Е.О. Колесника, К.Д. Бабова. — К: Купріянова, 2005. — 571 с.
 18. Михайлова М.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: сравнительная эффективность немедикаментозного и медикаментозного методов лечения: автореф. дис. на соискание науч. степ. канд.мед.наук.: спец. 14.01.04 «Внутренние болезни» / Михайлова М.Д. — Ижевск, 2012. — 25 с.
 19. Пономаренко Г.Н., Золотарева Т.А. Физические методы лечения в гастроэнтерологии. — Спб.: ИИЦ «Балтика», 2004. — 287 с.
 20. Русенко Н.И. Минеральные воды в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с кардиальными проявлениями: автореф. дис. на соискание науч. степ. канд.мед.наук.: спец.14.00.51 "Восстановительная медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия" / Русенко Н.И. — Москва, 2006. — 23 с.
 21. Санаторная терапия больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Л. Т. Гильмутдинова [и др.] // Физиотерапевт. - 2011. - № 6. - С. 55-56.
 22. Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Боголюбова. Книга II. — М.: БИОНОМ, 2008. — 408 с.
 23. Физиотерапия: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: Медиа, 2009. — 864 с.

Додаток 1
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
медичної допомоги «Гастроезофагеальна
рефлюксна хвороба»

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Рекомендації щодо способу життя

- Після їжі уникати нахилів вперед і не лягати протягом трьох годин;
- Спати з підведеним головним кінцем ліжка;
- Не носити тісний одяг і тугі пояси, корсети, бандажі, що приводять до підвищення внутрішньочеревного тиску;
- Уникати надмірної їжі, не їсти на ніч і не вживати дуже гарячого;
- Обмежити споживання продуктів, що викликають зниження тиску нижнього стравохідного сфінктера і викликають подразнення (жири, алкоголь, кава, шоколад, цитрусові);
- Відмова від паління і вживання алкоголю;
- Зниження маси тіла за наявності надмірної ваги та ожиріння;
- Консультація з лікарем та додаткова оцінка співвідношення користі-ризиків при необхідності прийому ліків, що викликають рефлюкс (антихолінергічні, спазмолітики, седативні і транквілізатори, інгібітори кальцієвих каналів, β -блокатори, теофілін, простагландини, нітрати).

Рекомендації щодо режиму харчування

Мета дієтичного харчування при ГЕРХ:

- зменшення вірогідності закидання вмісту шлунку в стравохід
- покращення репараційних процесів слизової оболонки стравоходу
- профілактика метаплазії

Загальна характеристика дієти: При надмірній масі тіла необхідне помірне зниження енергетичної цінності (2000–2200 ккал на день) за рахунок зменшення вуглеводів та насичених жирів. При нормальній та зниженій масі тіла, енергетична цінність раціону має відповідати вимогам раціонального харчування. Необхідно обмежити вживання продуктів, які є сильними стимуляторами шлункової секреції, а також смажених та жирних страв, які сприяють затримці шлункового вмісту, підвищенню внутрішньо-шлункового тиску та дуоденогастральному рефлюксу. Середня кількість кухарської солі складає 4-6 г на добу, а при наявності артеріальної гіпертензії – див. «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією» (додаток 3 до

уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»).

Хімічний склад дієти: білку 1,2-1,4 г/кг маси тіла, із них 50-55 % тваринного; жиру 1,0 -1,2 г/кг маси тіла, із них 25-30 % рослинного, вуглеводів – 4-5 г/кг маси тіла.

Рекомендовані страви та продукти: страви із нежирного м'яса, птиці, кролика, риба, морепродукти, яйця у вигляді омлету, зварені на м'яко, молочні супи, каші, молочний кисіль, м'який сир, запіканки, овочеві пюре, рагу, салати із невеликою кількістю рослинної олії, сметани, каші із цільних круп (гречана, рис, вівсяна), хліб пшеничний, сухарики, сухе печення, відварена дрібна вермішель, тваринні жири (невелика кількість сметани, вершків, вершкового масла), рослинні олії, стиглі ягоди та фрукти (крім кислих сортів), зелений та чорний чай з молоком, німецька кава із молоком або вершками, овочеві соки, узвари із сухофруктів, солодкі фруктові соки.

Для зменшення рефлюксу шлункового вмісту хворим рекомендується вживати невеликі порції їжі. Не рекомендується вживати продукти, що багаті органічними кислотами, грубою клітковиною, а також консервовані продукти, тугоплавкі жири, копченості, газовані напої, пиво, вино, шампанське, соління, житній хліб. Важливим є кулінарна обробка їжі та дотримання режиму харчування: 4-5 прийомів їжі невеликими порціями, не слід вживати занадто холодні або гарячі страви.

Сильні стимулятори шлункової секреції: страви, багаті екстрактивними речовинами – м'ясні, рибні, грибні, міцні овочеві навари; смажені страви; пряності; томатні соуси; консерви; солоні та копчені, тушковані у власному соку м'ясо та риба; солоні, мариновані, квашені овочі та фрукти; яйця, зварені на круту; несвіжі, пересмажені жири; житній хліб; кисломолочні продукти із підвищеною кислотністю, знежирене молоко, молочна сироватка; алкоголь; міцний чай та кава; газовані напої; кислі фрукти та ягоди, сирі овочі.

Слабкі стимулятори шлункової секреції: питна вода; крохмаль; жирні молочні продукти; яйця на м'яко або омлет; овочеві пюре; якісний жир; молочні або слизисті супи із круп та овочів, супи пюре; пюре із солодких фруктів; розварені каші із манки та рису; пшеничний хліб вчорашньої випічки; лужні негазовані мінеральні води; німецький чай.

Для покращення репараційних процесів слизової оболонки стравоходу та профілактики метаплазії в харчуванні хворих на ГЕРХ слід збільшити кількість продуктів із високим вмістом речовин, які мають сприятливий вплив на слизову ШКТ (**вітамін А, Є, каротиноїди, лецитин, омега-3 жирні кислоти**) – овочів, фруктів, цільних злаків, морської риби.

Хворим на ГЕРХ із запорами слід збільшити в раціоні продукти, що містять харчові волокна – свіжі та запечені овочі, цільні злаки, овочеві рагу, запіканки із фруктами.

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
медичної допомоги «Гастроєзофагеальна
рефлюксна хвороба»

Санаторно-курортне лікування

Показання: Санаторно-курортному лікуванню підлягають хворі на неерозивну форму ГЕРХ (НЕРХ) та ерозивну форму ГЕРХ (ступень А-Д) за умов заживлення ерозій.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування протипоказане хворим з ускладненнями (пептична стриктура стравоходу, кровотечі з виразки стравоходу) та тривожними симптомами ГЕРХ (шлунково-кишкова кровотеча, втрата маси тіла, ядуха).

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – зменшення агресивності рефлюктата (пригнічення вироблення кислоти), підвищення тонуусу нижнього стравохідного сфінктера, відновлення антеградної моторики езофагогастроуденальної системи, поліпшення функціонального стану інших органів травлення.

Оцінити типові симптоми ГЕРХ; оцінити наявність тривожних симптомів (дисфагія, анемія, втрата маси тіла, часта нудота, ШКК, ядуха); оцінити наявність супутньої патології шлунково-кишкового тракту.

Дієта: № 1 за Певзнером.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Рекомендації по зміні стилю життя:

- спати з підведеним не менше ніж на 15 см головним кінцем ліжка;
- знизити масу тіла, якщо є надмірна вага або ожиріння;
- не лягати після їжі протягом 3 год;
- не приймати їжу перед сном; не переїдати; не піднімати важкі речі перед собою;
- обмежити прийом жирів;
- припинити куріння;
- уникати тісного одягу, тугих поясів;
- уникати прийому лікарських засобів, що надають негативний ефект на моторику стравоходу і тонуус нижнього стравохідного сфінктера (пролонговані нітрати, антагоністи кальцію, теофілін), ушкоджують слизисту оболонку стравоходу (аспірин та інші НПЗС) і ін.

Мінеральні води: Мінеральні води призначають виходячи із ступеня ГЕРХ та стану кислотоутворюючої функції шлунка.

При ступеню С-D, підвищеній кислотності застосовують середньомінералізовані води хлоридно-гідрокарбонатні натрієві (Шаянська), хлоридні-гідрокарбонатні, гідрокарбонатні магнієво-кальцієві (Сойми, Рай-Оленівська, Кримська, Березівські мінеральні води та ін.), гідрокарбонатні натрієві (Поляна Квасова, Поляна Купіль, Свалявська). Воду призначають за 1,5 год. перед вживанням їжі температурою 38-40°C по 150-200 мл, тричі на день.

При ступені А-В, підвищеній або нормальній кислотності призначають ті ж самі води за 1 год. перед вживанням їжі, температурою 38-40°C по 150-200 мл, тричі на день.

При ступені А-В, зниженій кислотоутворюючій функції шлунка, а також хворим, що отримують підтримуючу терапію ІПП призначають маломінералізовані води хлоридно-гідрокарбонатні натрієві, гідрокарбонатні натрієві (Лужанська) за 40-60 хвилин до їжі у теплом вигляді (38-40°C) по 150-200 мл, тричі на день.

З пляшкових мінеральних вод хворим на ГЕРХ рекомендують води з підвищеним вмістом гідрокарбонатних іонів: «Поляна Квасова», «Лужанська», «Свалява», «Поляна Купіль», «Плосківська», «Шаянська». «Березівська», «Драгівська». Мінеральні води заздалегідь дегазують.

Апаратна фізіотерапія:

Синусоїдальні модульовані струми (СМС) сприяють посиленню замикальної функції кардії, зниженню кислотоутворюючої та нормалізації моторної функції гастродуоденальної зони, також застосовуються при наявності змішаного рефлюктату. Процедури проводять в імпульсному режимі при поперечному розташуванні електродів на ділянку шлунка та ділянку нижньогрудного відділу хребта, модуляції від 25 до 50 %, частотою 100 Гц, I та IV рід роботи, по 3 хв. кожний, 8-10 процедур на курс лікування.

Курорти та санаторії, що показані хворим на ГЕРХ: Хворим на ГЕРХ рекомендовані курорти, де є питні мінеральні води, у складі яких переважає гідрокарбонатний іон. Це курорти Закарпаття (санаторії – «Шаян», «Свалява», «Сонячне Закарпаття», «Квітка Полонини», «Поляна», «Верховина», «Теплица»), Березівські мінеральні води, Рай-Оленівка, (Харківська обл.), курорт Одеса (санаторій ім. Горького).

Термін санаторно-курортного лікування: 21-30 днів.