

Утверждено  
на Экспертной комиссии  
по вопросам развития здравоохранения  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
протокол №10  
от «04» июля 2014 года

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ. ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА.**

#### **ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей. Другие болезни пищевода.

**2. Код протокола -**

**3. Код(ы) по МКБ-10:**

К 21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом

К 21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита

К 22.0 Ахалазия кардиальной части

К 22.1 Язва пищевода

**4. Сокращения, используемые в протоколе**

АлТ - аланинаминотрансфераза

АсТ – аспартатаминотрансфераза

ГЭРБ - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс

ИПП – ингибиторы протонной помпы

НПС – нижний пищеводный сфинктер

НЭРБ – неэрозивная рефлюксная болезнь

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦНС – центральная нервная система

ФЭГДС - фиброэзофагогастродуоденоскопия

ЭКГ - электрокардиография

IgG – иммуноглобулин G

*H. pylori* – хеликобактер пилори

**5. Дата разработки протокола:** 2014 г.

**6. Категория пациентов:** дети.

**7. Пользователи протокола** – детские гастроэнтерологи, педиатры, врачи общей практики, врачи скорой медицинской помощи, фельдшеры

## **I. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **8. Определение**

ГЭРБ - это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся определенными пищеводными и внепищеводными клиническими проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода вследствие ретроградного заброса в него желудочного или желудочно-кишечного содержимого.

### **9. Эндоскопическая классификация ГЭРБ по Савари и Миллеру**

0 степень	ГЭРБ без эзофагита (эндоскопически негативная).
I степень	Отдельные нессливающиеся эрозии и/или эритема дистального отдела пищевода.
II степень	Сливающиеся, но не захватывающие всю поверхности слизистой эрозивные поражения.
III степень	Язвенные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхности слизистой.
IV степень	Хроническая язва пищевода, стеноз, пищевод Баррета (цилиндрическая метаплазия слизистой пищевода).

### **Классификация эндоскопических признаков ГЭРБ у детей (по I. Tytgat в модификации В.Ф. Приворотского и соавт.)**

**1 степень.** Умеренно выраженная очаговая эритема и/или рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода. Умеренно выраженные моторные нарушения в области НПС (подъем Z-линии до 1 см ), кратковременное спровоцированное субтотальное (по одной из стенок) пролабирование на высоту 1-2 см, снижение тонуса НПС.

**2 степень.** То же + тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, чаще линейной формы, располагающихся на верхушках складок слизистой пищевода. Моторные нарушения: отчетливые эндоскопические признаки НКЖ, тотальное или субтотальное спровоцированное пролабирование на высоту 3 см с возможной частичной фиксацией в пищеводе.

**3 степень.** То же + распространение воспаления на грудной отдел пищевода. Множественные (иногда сливающиеся эрозии), расположенные не циркулярно. Возможна повышенная контактная ранимость слизистой. Моторные нарушения: то

же + выраженное спонтанное или спровоцированное пролабирование выше ножек диафрагмы с возможной частичной фиксацией.

**4 степень.** Язва пищевода. Синдром Баррета. Стеноз пищевода.

В 2002 году на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе впервые была предложена клиническая классификация ГЭРБ, согласно которой принято различать неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ), эрозивный эзофагит (или эрозивную ГЭРБ) и пищевод Баррета, являющийся осложнением рефлюксной болезни и характеризующийся метаплазией многослойного плоского эпителия цилиндрическим эпителием желудочного или кишечного типов.

#### **10. Показания для госпитализации:**

- длительность заболевания (более 1 месяца)
- отсутствие эффекта от амбулаторной терапии
- наличие осложнений (эрозии, язвы)
- частые рецидивы заболевания

#### **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

##### **11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- ОАК (6 параметров)
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин);
- Общий анализ мочи;
- Исследование кала на простейшие и гельминты;
- Исследование перианального соскоба.
- Исследование кала (копрограмма).
- ФЭГДС
- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки

##### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- Электрокардиография;
- Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз

##### **11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:**

- Общий анализ крови (6 параметров);
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин);
- Общий анализ мочи;
- Исследование кала (копрограмма)
- Исследование перианального соскоба

**11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):**

- ОАК (6 параметров)
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин);
- Определение общего белка
- Определение белковых фракций
- Определение общего холестерина в сыворотке крови
- Определение общей альфа-амилазы в сыворотке крови
- Общий анализ мочи;
- Исследование кала (копрограмма).
- Обнаружение скрытой крови в кале
- Исследование перианального соскоба;
- Исследование кала на простейшие и гельминты;
- Иммунограмма;
- ФЭГДС
- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки
- Определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* в сыворотке крови ИФА-методом
- Дуоденальное зондирование
- Исследование дуоденального содержимого фракционно
- Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- Магнито-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- Суточная рН метрия эндоскопическим методом
- Электрокардиография

## **12. Диагностические критерии [3, 5, 7]:**

### **12.1 Жалобы и анамнез:**

Симптомы, возникающие при ГЭРБ, можно разделить на две группы: эзофагеальные и внеэзофагеальные симптомы.

**К эзофагеальным симптомам относятся:**

- изжога;
- отрыжка;
- срыгивание;
- дисфагия;
- одинофагия (ощущение боли при прохождении пищи по пищеводу, что обычно встречается при выраженном поражении слизистой пищевода);
- боли в эпигастрии и пищеводе;
- икота;

- рвота;
- ощущение кома за грудиной.

**Внеэзофагеальные симптомы** развиваются обычно вследствие либо прямого экстраэзофагеального действия, либо инициации эзофагобронхиального, эзофагокардиального рефлексов.

Они включают в себя:

- легочный синдром;
- отоларингологический синдром;
- стоматологический синдром;
- анемический синдром;
- кардиальный синдром.

К этой группе симптомов относят рефлюксный ларингит, фарингит, отит, ночной кашель.

### 12.2 Физикальное обследование:

- болезненная пальпация в эпигастрии

### 12.3 Лабораторные исследования:

- ОАК
- ОАМ
- исследование кала на скрытую кровь (м.б. положительно),
- диагностика *H. pylori* (цитологическое исследование, ИФА, уреазный тест).

### 12.4 Инструментальные исследования:

ФЭГДС: в пищеводе: очаговая эритема и (или) рыхлость слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода, наличие эрозий, моторные нарушения - недостаточности кардиального жома, заброса желудочного содержимого в пищевод. Биопсия слизистой оболочки пищевода по показаниям, рентген пищевода (по показаниям).

### 12.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация невролога – с целью выявления неврологических заболеваний
- консультация оториноларинголога - с целью выявления хронических очагов инфекции и их санации;
- консультация стоматолога - с целью выявления хронических очагов инфекции и их санации;

### 12.6 Дифференциальный диагноз [4, 5, 6]

Заболевания	Клинические критерии	Лабораторные показатели
Хронический гастродуоденит	Локализация боли в эпигастрии боли в области пупка и пилородуоденальной зоне; выраженные диспептические	Эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДК (отек, гиперемия, кровоизлияния,

	проявления (тошнота, отрыжка, изжога, реже - рвота); сочетание ранних и поздних болей;	эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.); Наличие <i>H. pylori</i> - цитологическое исследование, ИФА и др.
Язвенная болезнь	Боли «преимущественно» поздние, через 2-3 часа после еды. Возникают остро, внезапно, болезненность при пальпации резко выражена, определяется напряжение брюшных мышц, зоны кожной гиперестезии, положительный симптом Менделя.	При эндоскопии - глубокий дефект слизистой оболочки окруженный гиперемизированным валом, могут быть множественные язвы.
Катаральный эзофагит	Боль за грудиной или высоко в эпигастрии у мечевидного отростка грудины сжимающего характера или жгучая во время еды или после приема пищи, при быстрой ходьбе, беге, глубоком дыхании. Изжога, усиливающаяся при наклоне туловища, лежа, при подъеме тяжестей	При эндоскопии - гиперемия слизистой отдела пищевода, утолщение складок

### 13. Цели лечения:

- Купирование обострения
- Нормализация моторных нарушений
- Профилактика осложнений

### 14. Тактика лечения:

#### 14.1 Немедикаментозное лечение:

##### Режим:

Режим 1 – постельный;

Режим 2 – полупостельный;

Режим 3 – общий.

Первый этап лечебных мероприятий – это поструральная терапия. Она направлена на уменьшение степени рефлюкса и способствует очищению пищевода от желудочного содержимого, уменьшая риск возникновения эзофагита и аспирационной пневмонии. Кормление грудного ребенка должно проходить в положении сидя под углом 45-60°. Этот угол наклона может поддерживаться с использованием ремней и кресла с жесткой спинкой. Постуральное лечение должно поддерживаться в течение дня и также ночью, когда нарушается клиренс нижнего отдела пищевода, вследствие отсутствия перистальтических волн (вызванных актом глотания) и нейтрализующего эффекта слюны.

Для детей старшего возраста общие рекомендации по режиму и диете предусматривают частое и дробное питание (5-6 раз в день), прием механически и

химически щадящей пищи. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3-4 часа до сна. Необходимо избегать употребления продуктов, усиливающих ГЭР (кофе, жиры, шоколад и т.д.). При выраженном рефлюксе рекомендуют принимать пищу стоя, после еды походить в течение получаса. Безусловную пользу приносит отказ больных от курения, оказывающих неблагоприятное действие на слизистую оболочку пищевода. Учитывая, что развитию ГЭР способствует определенное положение тела, рекомендуется спать на кровати, головной конец которой приподнят на 20 см.

## **14.2 Медикаментозное лечение [1, 2, 5, 6 ]:**

- Антисекреторная терапия
- Коррекция моторных нарушений
- Эрадикационная терапия при наличии *H. pylori*

С позиции доказательной медицины на сегодняшний день эффективными при ГЭРБ считаются антисекреторные препараты (блокаторы протонного насоса и блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина) и прокинетики [1,2,5] .

Результаты многочисленных исследований дали основание сделать заключение, что применение блокаторов протонного насоса при лечении ГЭРБ оказывается существенно более эффективным, чем использование H<sub>2</sub>-блокаторов, и позволяет в течение 8-12 недель лечения достичь полного заживления эрозий слизистой оболочки пищевода у 80-90% больных. Высокая терапевтическая эффективность обусловлена выраженной антисекреторной активностью данных препаратов, которая в 2-10 раз превышает таковую у блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина. Поддерживающий прием блокаторов протонного насоса дает возможность значительно снизить частоту рецидивов заболевания [2,3,6] .

Прокинетики: Домперидон и метоклопрамид вызывают блокаду центральных и периферических дофаминовых рецепторов, что предотвращает расслабление гладкой мускулатуры желудка и верхних отделов кишечника, в норме вызываемое дофамином. Тем самым повышается тонус сфинктеров пищевода, желудка и верхних отделов кишечника, ускоряется их опорожнение за счет усиления холинергических влияний [2,3,4]. В то же время применение метоклопрамида в настоящее время, особенно в педиатрической практике, ограничено в связи с возможными серьезными побочными эффектами. Домперидон детям — в дозе 0,5-1 мг/кг массы тела в сутки [2].

Применение антацидных средств как самостоятельных препаратов для лечения ГЭРБ малоэффективно, но возможно их включение в состав комплексной терапии.

Эрадикация *H. pylori* при обнаружении –3 компонентная 10- дневная схема [7].

### **14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:**

#### **Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)**

- Омепразол, рабепразол, лансопразол, пантопразол, табл., капс. 20мг;
- Кларитромицин 250мг, 500мг;

- Метронидазол 250мг;
- Амоксициллин 250мг, 500мг, 1000мг;
- Домперидон, тб 10мг;

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).**

- Алгелдрат+ магния гидроксид, суспензия, гель
- Ранитидин табл. 0,15
- Фамотидин табл. 0,02
- Метоклопрамид 0,5% амп. по 2,0

**14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:**

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):**

- Омепразол капсул. 20мг;
- Кларитромицин 250мг, 500мг;
- Метронидазол 250мг;
- Амоксициллин 250мг, 500мг, 1000мг;
- Домперидон, тб 10мг

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).**

- Микстура Павлова, флакон, 200 мл
- Экстракт валерианы, раствор, 20 мл
- Мебеверин капсулы 200 мг
- Пинаверия бромид табл. 50 мг
- Алгелдрат+ магния гидроксид, суспензия, гель
- Ранитидин табл. 0,15
- Фамотидин табл. 0,02
- Метоклопрамид 0,5% амп. по 2,0
- Декстроза, р-р д\и 5% фл.400

**14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: нет**

**14.3. Другие виды лечения: не проводятся**

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи:

**14.4. Хирургическое вмешательство**

Показания к хирургической коррекции при ГЭРБ:



- Выраженная симптоматика ГЭРБ, существенно снижающая качество жизни пациента, несмотря на неоднократные курсы медикаментозной антирефлюксной терапии.
- Длительно сохраняющаяся эндоскопическая картина рефлюкс-эзофагита III-IV степени на фоне неоднократных курсов терапии.
- Осложнения ГЭРБ (кровотечения, стриктуры, пищевод Барретта).
- Сочетание ГЭРБ с «истинной» грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

## **14.5 Профилактические мероприятия**

### **Первичная профилактика:**

- Соблюдение режима и качества питания;
- Профилактика интеркуррентных заболеваний;

### **Вторичная профилактика:**

Образ жизни: изменение положения тела во время сна; воздержание от курения; при необходимости снижение массы тела; отказ от медикаментов, индуцирующих возникновение ГЭРБ; исключение нагрузок, повышающих внутрибрюшное давление, ношения корсетов, бандажей и тугих поясов, поднятия тяжестей более 8-10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса.

Исключить переедание, «перекусывание» в ночное время; лежание после еды; продукты, богатые жиром (цельное молоко, сливки, жирная рыба, гусь, утка, свинина, жирная говядина, баранина, торты, пирожные), напитки, содержащие кофеин (кофе, крепкий чай или кола), шоколад, продукты, содержащие мяту перечную и перец (все они снижают тонус НПС); цитрусовые и томаты, жареное, лук и чеснок, поскольку они оказывают прямое раздражающее воздействие на чувствительную слизистую пищевода; ограничивается потребление сливочного масла, маргарина; рекомендуется 3-4-х разовое питание, рацион с повышенным содержанием белка, так как белковая пища повышает тонус НПС; последний прием пищи – не менее, чем за 3 часа до сна, после приема пищи 30-минутные прогулки.

Продолжительный прием подобранных антикислотных препаратов – непрерывно или прерывистым курсом, в зависимости от степени тяжести заболевания.

### **14.6 Дальнейшее ведение:**

После выписки из стационара ребенка осматривают гастроэнтеролог, врач общей практики, педиатр:

Осмотр 1 раза в 6 месяцев в первый год с проведением ФЭГДС.

Частота проведения курсов противорецидивной терапии составляет 2 раза в год (весна-осень).

При стабильной длительной ремиссии предпочтительно назначение фитотерапии, минеральных вод, витаминов. В целом же длительность диспансерного наблюдения за больными с ГЭРБ при отсутствии рецидивов должна составлять не менее 3 лет.

### **15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе**

- выздоровление
- стойкая клинико-инструментальная ремиссия

## **II. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА**

### **16. Разработчики:**

- 1) Мырзабекова Г.Т. д.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии РГП на ПХВ «Алматинский государственный институт усовершенствования врачей».
- 2) Оспанова З.М. к.м.н., главный внештатный специалист МЗ РК. национальный координатор по стратегии «ИВБДВ» АО «Национальный научный центр материнства и детства»
- 3) Худайбергенова М.С. клинический фармаколог АО «национальный научный медицинский центр».

### **17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует**

### **18. Рецензент:**

Тулентаев Е.Т. – д.м.н., АО «Национальный научный центр материнства и детства», медицинский директор.

### **19. Условия пересмотра протокола:**

Пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики и/или лечения с более высоким уровнем доказательности.

### **20. Список использованной литературы:**

- 1) Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N et al. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. *Gastroenterology* 2004; 127: 1329–37.
- 2) Moayyedi P, Soo S, Deeks J et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane upper gastrointestinal and pancreatic diseases group. Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD001960
- 3) Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. Douglas A. Drossman (Editor). Degnon Associates, Inc.; 3rd edition. 2006. 1048 p.
- 4) Баранов А.А., Володина Н.Н. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Книга 2. Руководство для практикующих врачей. Москва, Изд-во Литерра, 2007. С.187-196.
- 5) Шептулин А.А. Нарушения двигательной функции желудка и возможности применения нового прокинетики итоприда в их лечении. *Cons. Med.* 2007; 7 (9): 8–12.

- 6) Лапина О.Д. Механизм действия ингибиторов протонного насоса. – Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол., 2002, 2, 38–44.
- 7) Баранская Е.К., Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Современные подходы к лечению язвенной болезни / В кн. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Под ред. акад. В.Т. Ивашкина. М.: МЕДпресс-информ, 2013. С.75-78).