Гастрит и дуоденит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K29, K31.8 · Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО", Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

Гастрит — воспаление слизистой оболочки желудка, а хронический гастрит сопровождается воспалительной инфильтрацией, атрофией и возможной кишечной метаплазией. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, выявлению инфекции H. pylori, лечению эрозивных и диспептических проявлений и наблюдению пациентов с предраковыми изменениями.

Главное

- Диагноз гастрита устанавливают прежде всего по гистологическим признакам воспаления слизистой оболочки, атрофии и кишечной метаплазии; положительный тест на H. pylori указывает на наличие хронического гастрита.
- H. pylori — один из ведущих этиологических факторов хронического гастрита. При подтвержденной инфекции эрадикация показана пациентам с хроническим и атрофическим гастритом: при атрофическом гастрите — для предотвращения прогрессирования атрофии (при хроническом гастрите — УУР B, УДД 2; при атрофическом гастрите — УУР A, УДД 2).
- При подозрении на атрофию, кишечную метаплазию или дисплазию нужна ЭГДС высокого разрешения с мультимодальной визуализацией и прицельной биопсией (УУР A, УДД 2). При первой диагностической ЭГДС у пациентов с подозрением на предраковые изменения биоптаты берут из тела и антрального отдела желудка, патологические участки — дополнительно.
- Выраженная атрофия или кишечная метаплазия в теле и антральном отделе желудка (OLGA/OLGIM III–IV) требует качественной ЭГДС каждые 3 года; при отягощенном семейном анамнезе по раку желудка — каждые 1–2 года (УУР B, УДД 3).
- Морфологический хронический гастрит часто не объясняет диспепсию. Если симптомы сохраняются после успешной эрадикации H. pylori, их расценивают как проявление функциональной диспепсии.
- Признаки острого желудочно-кишечного кровотечения при подозрении на эрозивный гастрит или дуоденит — показание к экстренной госпитализации.

Диагностика

1. Уточнить боль или жжение в эпигастрии, переполнение, раннее насыщение, перенесенную эрадикацию H. pylori, результаты прежней ЭГДС с биопсией и наличие атрофии, метаплазии или дисплазии. При подозрении на аутоиммунный гастрит выяснить наличие дефицита витамина B12, макроцитарной анемии и аутоиммунных заболеваний.
2. Выполнить общий анализ крови с определением гемоглобина, гематокрита, объема эритроцита и цветового показателя для выявления анемии при эрозивном кровотечении или аутоиммунном гастрите (УУР C, УДД 4).
3. Для первичной диагностики H. pylori выбрать 13C-уреазный дыхательный тест или лабораторное определение моноклонального антигена в кале (УУР A, УДД 1). При выполнении ЭГДС допустимы быстрый уреазный тест или ПЦР биоптата (УУР B, УДД 2).
4. Перед тестированием отменить ИПН минимум на 2 недели, а системные антибактериальные препараты и препараты висмута — минимум на 4 недели. Если недавно применялись антисекреторные или антибактериальные средства, есть язвенное кровотечение или атрофический гастрит, можно использовать серологическое определение IgG к H. pylori (УУР B, УДД 3).
5. Провести ЭГДС при отсутствии противопоказаний для подтверждения гастрита или дуоденита и оценки атрофии, кишечной метаплазии и дисплазии (УУР A, УДД 2). При подозрении на предраковые изменения использовать высокое разрешение и мультимодальную визуализацию с увеличением или без него.
6. При первой диагностической ЭГДС у пациентов с подозрением на предраковые изменения выполнить биопсию с патолого-анатомическим исследованием: по два биоптата из тела и антрального отдела желудка, раздельно маркировать их; из каждого видимого патологического участка взять дополнительный материал. Для OLGA/OLGIM возможно дополнительное взятие биопсии из угла желудка (УУР B, УДД 2; УУР C, УДД 4).

7. При подозрении на аутоиммунный гастрит определить антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору (фактору Касла) (УУР В, УДД 2). При подозрении на предраковые изменения исследовать пепсиноген I, пепсиноген II и гастрин-17 (УУР А, УДД 2).

Лечение

- При положительном тесте на H. pylori провести эрадикацию: при хроническом гастрите — УУР В, УДД 2, при атрофическом гастрите для предотвращения прогрессирования атрофии — УУР А, УДД 2.
- Варианты первой линии на 14 дней: тройная схема с ИПН в стандартной дозе 2 раза в сутки, кларитромицином 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллином 1000 мг 2 раза в сутки, усиленная висмута трикалия дицитратом 120 мг 4 раза в сутки или 240 мг 2 раза в сутки (УУР А, УДД 1); классическая висмутсодержащая квадротерапия — висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки, ИПН 2 раза в сутки, тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки и метронидазол 500 мг 3 раза в сутки (УУР А, УДД 1); либо квадротерапия без висмута с ИПН, амоксициллином 1000 мг 2 раза в сутки, кларитромицином 500 мг 2 раза в сутки и метронидазолом 500 мг 3 раза в сутки (УУР А, УДД 2).
- После неудачи стандартной тройной, усиленной висмутом тройной или сочетанной терапии назначить классическую висмутсодержащую квадротерапию на 14 дней. После неудачи этой схемы возможна левофлоксацинсодержащая тройная схема: ИПН 2 раза в сутки, левофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки; либо квадротерапия с добавлением висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки (УУР С, УДД 1 и 5).
- Эффективность эрадикации контролировать 13С-уреазным дыхательным тестом или антигеном H. pylori в кале не ранее чем через 4 недели после окончания антигеликобактерной терапии; серологию для контроля не использовать. ИПН отменить за 2 недели, антибиотики и висмут — за 4 недели до контроля (УДД 1; для серологии УДД 3).
- При эрозивном гастрите или дуодените назначить ИПН на 4–6 недель и/или ребамипид на 4–8 недель (УУР В, УДД 2). В качестве вариантов ИПН указаны омепразол 20 мг/сут, лансопразол 30 мг/сут, пантопразол 40 мг/сут, рабепразол 20 мг/сут или эзомепразол 20 мг/сут; базовый курс ИПН составляет 2–4 недели с продлением при необходимости.
- Для усиления защиты слизистой при хроническом, в том числе атрофическом, гастрите допустимы висмута трикалия дицитрат или ребамипид; для ребамипида указан курс 4–8 недель (УУР В, УДД 2).
- При необследованной диспепсии и положительном тесте на H. pylori провести эрадикацию (УУР А, УДД 1). Для симптоматической терапии используют ИПН при боли или жжении в эпигастрии, прокинетики при переполнении и раннем насыщении, а также ребамипид 100 мг 3 раза в сутки 2–4 недели, при необходимости до 8 недель (УУР А, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Большинство пациентов лечат амбулаторно. Плановая госпитализация нужна для дифференциальной диагностики редких форм гастрита, при выраженной анемии на фоне аутоиммунного гастрита, выраженной клинической картине эрозивного гастрита, необходимости эрадикации под врачебным контролем или эндоскопической резекции аденомы и раннего рака желудка.
- При обострении гастрита продолжительность стационарного лечения должна составлять 16 дней.
- Признаки острого желудочно-кишечного кровотечения при подозрении на эрозивный гастрит или дуоденит — показание к экстренной госпитализации.
- При выявленной дисплазии без видимого отграниченного новообразования выполнить повторную ЭГДС высокого разрешения с хромоэндоскопией и увеличением. Если очаг снова не найден, контрольную ЭГДС провести не позднее 6 месяцев при дисплазии высокой степени и 12 месяцев при дисплазии низкой степени.
- Пациентов с аутоиммунным гастритом наблюдать эндоскопически 1 раз в 1–2 года; при кишечной метаплазии в одной анатомической области наблюдение каждые 3 года нужно при семейном анамнезе рака желудка, неполной метаплазии или сохраняющейся инфекции H. pylori.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз гастрита только по жалобам?

Нет. Жалобы не позволяют установить морфологический диагноз гастрита: он основан на гистологическом выявлении воспаления слизистой оболочки, а также атрофии и кишечной метаплазии. Для оценки слизистой используют ЭГДС и биопсию.

Какой тест выбрать для первичной диагностики H. pylori?

Предпочтительны 13C-уреазный дыхательный тест или лабораторное определение моноклонального антигена H. pylori в кале. При проведении ЭГДС можно использовать быстрый уреазный тест или ПЦР биоптата.

Когда проверять эффективность эрадикации H. pylori?

Не ранее чем через 4 недели после окончания эрадикационной терапии. Используют 13C-уреазный дыхательный тест или антиген H. pylori в кале; ИПН отменяют за 2 недели, антибиотики и висмут — за 4 недели.

Нужна ли эрадикация при атрофическом гастрите?

Да, если H. pylori подтверждена: эрадикация нужна для предотвращения прогрессирования атрофии (УУР А, УДД 2). Она может привести к регрессии или стабилизации атрофии, но обратного развития кишечной метаплазии добиться нельзя.

Кому нужна регулярная эндоскопическая диспансеризация?

При выраженном атрофическом гастрите или кишечной метаплазии в теле и антральном отделе желудка (OLGA/OLGIM III–IV) ЭГДС выполняют каждые 3 года, а при семейном анамнезе рака желудка — каждые 1–2 года. При аутоиммунном гастрите эндоскопическое наблюдение проводят 1 раз в 1–2 года.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/708-gastrit-i-duodenit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/708_2