|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО****Заступник Директора****Департаменту охорони здоров’я****Виконавчого органу Київської міської ради****(Київської міської Державної адміністрації)****Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року**  | **ЗАТВЕРДЖЕНО****Директор****Приватне підприємство «ПАО»****Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ПАО»**

**Загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги хворим*

*на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ).*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
	1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ).*
	2. **Шифр МКХ -10:**
2. **К 21** Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба
3. **К 21.0** Шлунково-стравохідний рефлюкс з езофагітом
4. **К 21.9** Шлунково-стравохідний рефлюкс без езофагіту
5. **К 22.1** Пептична виразка стравоходу
	1. **Дата складання:**
	2. **Дата перегляду:**
	3. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
	4. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Іващенко-Коронкова Катерина Віталіївна** | **Головний лікар** |
| **Рейнгардт Борис Костянтинович** | **Лікар-гастроентеролог** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* **[Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»;](http://medsprava.com.ua/mcfr/medsprava/271_nakaz.docx)**
* [**Наказ МОЗ України від 28.12.2009 № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю»;**](http://medsprava.com.ua/mcfr/medsprava/1051_nakaz.docx)
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
	1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги  | 1.Запис пацієнта через реєстратуруНадання допомоги лікарем-гастроентерологом проводиться в кабінеті лікаря-гастроентеролога2.Оформлення медичної картки форма 043/o;3.Оформлення лікарем-гастроентерологом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин-п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до 30 хвилин | РеєстраторП.І.Б.Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика  | Обов’язкові методи діагностики:Скарги та огляд:Характерними типовими симптомами ГЕРХ є печія та відрижка кислим (регургитація). **NB!** Пацієнти, в яких симптоми з’являються з частотою 2 рази на тиждень протягом 4-8 тижнів та більше, повинні розглядатись як ті, що мають ГЕРХ. Відсутність типових симптомів не виключає діагноз ГЕРХ. Критерії діагностики:* **Тест з інгібітором протонової помпи (ІПП)**

Попередній діагноз ГЕРХ може бути поставлений пацієнту на основі типових симптомів, після чого повинно бути призначено емпіричне лікування одним із ІПП у повній дозі. Ефективність двотижневого курсу лікування ІПП є непрямим підтвердженням діагнозу ГЕРХ. При застосувуванні нових сучасних ІПП (езомепразол, рабепразол, пантопразол), ефективність тесту можна оцінювати на 5-7 день. * **Ендоскопічне підтверждення езофагіту**
* **Позитивні результати 24-годинного стравохідного рН-моніторингу** (при неерозивній ГЕРХ).

Обов’язкова діагностика:* **ЕКГ -** одноразово
* **Тест з ІПП** – одноразово
 |  | Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | Лікування ГЕРХ поділяється на 2 фази: * Перша фаза – початкове (ініціальне) лікування ГЕРХ у стадії загострення, що ставить за мету загоєння ерозивного езофагіту, повне купування клінічних проявів.
* Друга фаза – тривале лікування, що має за своє основне завдання підтримання ремісії.

Мінімальна тривалість ініціального лікування при неерозивній ГЕРХ – 4 тижні з подальшим переходом на дозу, яка підтримує ремісію, ще, як мінімум, протягом 4 тижнів. При ерозивній ГЕРХ тривалість ініціального лікування повинна становити від 4 до 12 тижнів, залежно від ступеня езофагіту з наступним тривалим призначенням однієї зі схем тривалої терапії. Загальноприйнятою стратегією лікування ГЕРХ є стратегія лікування антисекреторними препаратами Step-down: початкове призначення подвійних або стандартних доз ІПП протягом 4-8 тижнів (залежно від важкосіт ГЕРХ або НЕРХ) з подальшим переходом на тривале лікування за різними схемами. Альтернативними методами лікування є ендоскопічні та хірургічні методи лікування. **Тривале лікування** **ГЕРХ** може проводитись у 3-х варіантах:1. Тривалий кожноденний прийом ІПП у протирецидивних дозах;
2. Терапія «за вимогою»: прийом ІПП у повній дозі коротким 3-5-денним курсом при поновленні симптоматики;
3. Терапія «вихідного дня»: прийом ІПП у протирецидивній дозі два дня на тиждень (наприклад, субота та неділя).
 | Середня тривалість амбулаторного лікування – 2 тижні. | Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Загоєння ерозивних уражень стравоходу, зникнення печії, поліпшення якості життя. Частота рецидивування протягом першого року після вдалого завершення лікування становить 39-65% для ерозивної ГЕРХ та 78-91% для неерозивної ГЕРХ, що обумовлює необхідність тривалої підтримуючої терапії.  |
| Реабілітація | Загальні рекомендації по дієті при ГЕРХ:1. Після прийому їжі уникати нахилів уперед та не лягати.2. Уникати надмірних прийомів їжі, не їсти за 2 - 3 години до сну.3. Уникати прийому продуктів, що знижують тонус НСС та подразнюють СО стравоходу (жирна їжа, кислі соки, алкоголь, кава, шоколад та ін.) |  |  | 1. Спати з при піднятим головним кінцем ліжка не менше, ніж на 15 см.
2. Не носити тісну одежу та тугі паски.
3. Уникати підняття ваги понад 8 – 10 кг, перенапруження черевного пресу та роботи, пов’язаної з нахилами тулуба уперед.
4. Боротьба з надмірною вагою.
5. Кинути палити.
6. Уникати прийому провокуючих рефлюкс ліків.
 |
| Профілактика | Диспансерному нагляду підлягають хворі з тривалою печією (більше 10 років), ерозивними формами ГЕРХ, стравоходом Баррета. У **випадках стравоходу Баррета** тактика лікування визначається ступенем дисплазії епітелію. **При дисплазії низького ступеня** слід призначати ІПП в подвійній дозі не менше, ніж на 3 міс. з подальшим зниженням їх дози до стандартної. Ендоскопічний контроль з повторними біопсіями слід проводити кожен рік. Для пацієнтів з виявленою **дисплазією високого ступеня** повинно бути виконано ще одне ендоскопічне дослідження з множинною біопсією (особливо зі змінених ділянок СО, виявлених при хромоендоскопії) для пошуку інвазивного раку. Якщо в результаті цих досліджень виявлена поширена дисплазія високого ступеня, рекомендується ендоскопічне лікування (ендоскопічна резекція СО) або навіть хірургічне втручання – езофагоектомія.  |  |  |  |