ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 4
Участники издания 5
Список сокращений и условных обозначений 7
Клинические рекомендации и доказательная медицина 10
Современные подходы к улучшению качества оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология» 10

Глава 1. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки 17
1.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 17
1.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки 25
1.3. НПВП-гастропатия 36
1.4. Функциональная диспепсия 44
1.5. Гастрит и дуоденит 51
1.6. Инфекция *H. pylori* у взрослых 58
1.7. Дисфагия 66
1.8. Эозинофильный эзофагит 75
1.9. Инфекционный эзофагит 80
1.10. Пищевод Барретта 86
1.11. Ахалазия кардии и кардиоспазм 92

Глава 2. Заболевания кишечника 99
2.1. Язвенный колит у взрослых 99
2.2. Болезнь Крона у взрослых 119
2.3. Синдром избыточного бактериального роста 137
2.4. Синдром раздраженного кишечника 144
2.5. Хронический запор у взрослых 153
2.6. *Clostridium difficile*-ассоциированная болезнь 159
2.7. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки у взрослых 170

Глава 3. Заболевания печени и желчевыводящих путей 180
3.1. Хронический вирусный гепатит В у взрослых 180
3.2. Хронический вирусный гепатит С у взрослых 191
3.3. Аутоиммунный гепатит 200
3.4. Алкогольная болезнь печени у взрослых 206
3.5. Неалкогольная жировая болезнь печени 215
3.6. Дискинезия желчевыводящих путей 229
3.7. Желчнокаменная болезнь 241
3.8. Холестаз: первичный склерозирующий холангит и первичный билиарный холангит 250
3.9. Цирроз печени 259

Глава 4. Заболевания поджелудочной железы 293
4.1. Хронический панкреатит 293
4.2. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы 302

Список литературы 314

ПРЕДИСЛОВИЕ

Болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее распространенных заболеваний в амбулаторной практике. Однако стремительный ритм работы первичного звена часто не позволяет врачам-гастроэнтерологам изучить все многообразные и нередко объемные образовательные материалы. Поэтому целью нашей работы было создание удобного для ежедневного использования и лаконичного по объему и содержанию практического руководства, основанного на актуальных клинических рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации и Минздрава России, последних консенсусных документах и резолюциях экспертного общества.

В книге отражены современные методы диагностики и лечения наиболее часто встречающихся в практике врача-гастроэнтеролога заболеваний органов пищеварения. Важным подспорьем в рутинной работе врача являются информационные блоки, описывающие сроки временной нетрудоспособности, а также удобные при взаимодействии с пациентом разделы речевых модулей, позволяющие систематизировать лечение тех или иных заболеваний органов пищеварения.

Руководство окажется полезным как для гастроэнтерологов, так и для других врачей, участвующих в диагностике и лечении гастроэнтерологических больных, — терапевтов, инфекционистов, врачей общей практики и других специалистов.

Маев Игорь Вениаминович,
доктор медицинских наук, профессор, академик РАН,
заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней
и гастроэнтерологии лечебного факультета ГБОУ ВО «Российский
университет медицины» Минздрава России, член президиума
Российской гастроэнтерологической ассоциации, член Комитета
по методическим рекомендациям (*Global Guidelines*)
Всемирной организации гастроэнтерологов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

Трудовая функция врача-гастроэнтеролога «Оказание медицинской помощи населению по профилю “гастроэнтерология”» описана в профессиональном стандарте «Врач-гастроэнтеролог», утвержденном приказом Минтруда России от 11 марта 2019 г. № 139н.

Описание процесса необходимо для систематизации документов, определяющих деятельность, показатели результативности, идентификации и минимизации рисков, устранения временных потерь на многократные инструктажи новых сотрудников. Цель процесса — профилактика, диагностика и лечение заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы; медицинская реабилитация пациентов.

Показатели результативности процесса:

- процент расхождений предварительного и клинического диагнозов;
- удовлетворенность пациентов оказанной помощью;
- повторное обращение негоспитализированных пациентов.

Критические контрольные точки процесса — важнейшие этапы, на которых становится возможным устранить риски, влияющие на качество и безопасность медицинской деятельности, или свести их к приемлемому уровню.

Владелец процесса — врач-гастроэнтеролог.

Функции процесса/трудовые функции: диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.

Вход процесса (может быть несколько): пациент, которому необходима медицинская помощь; ожидания пациента в отношении качества оказываемой медицинской помощи. Выход процесса (у одного входа может быть несколько выходов и наоборот): пациент, которому оказана медицинская помощь; gap — разрыв между «ожидаемым» и «воспринятым» качеством медицинской помощи.

Выход одного подпроцесса является входом другого подпроцесса. Параметры, правила и методы выполнения процесса сведены в матрицу соответствия, которая имеет вид, представленный в таблице «Приемы, правила и методы процесса первичной специализированной медико-санитарной помощи населению по профилю “гастроэнтерология”».


Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы
Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы

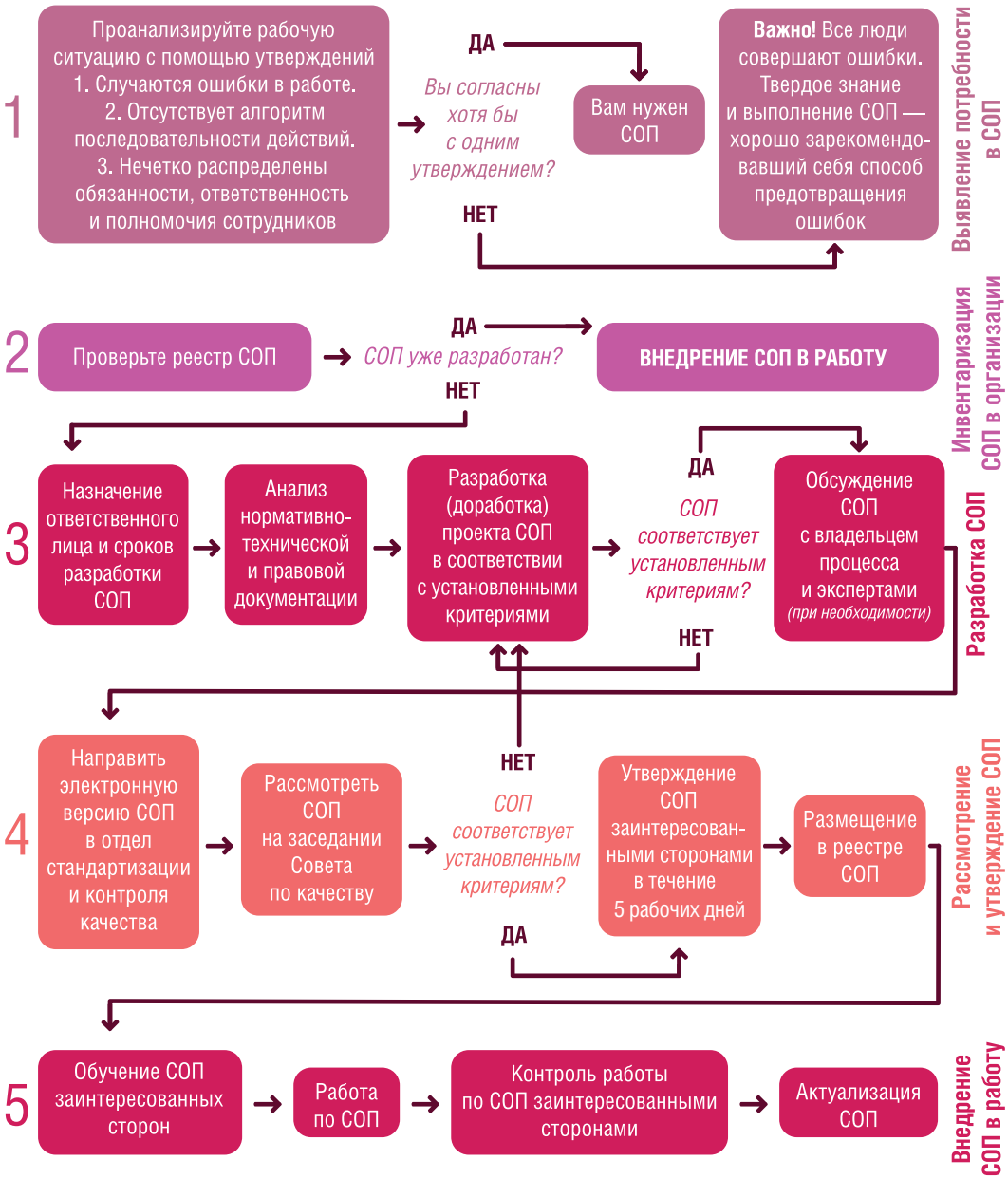
Составляющие процесса (на примере оказания неотложной помощи)							
Вход	Функции (1, 2, 3…)	Регламентация деятельности	Ресурсы процесса			Мониторинг	Выход
			Сроки	Исполнители	Материально-техническое обеспечение	Измеряемые показатели	
Базовый уровень							
Пациент: свойство А (состояние здоровья). Свойство Б (ожидания)	Сортировка. Диагностика. Медицинская помощь	Клинические рекомендации. Критерии качества. Ведомственные документы СОП	2 ч	ДИ (*полномочия, ответственность*). Сертификат — подлинность (*компетентность*)	Стандарт оснащения	Результативность процесса: *процент расхождений предварительного и клинического диагнозов*. Удовлетворенность пациентов	Пациент: свойство А1, свойство Б1
Продвинутый уровень							
Управление ожиданиями пациентов	—	МЦБ пациентов. РЗН. JCI. ИСО	Нормативы организации. Бенчмаркинг. ЛИН	Портфолио. Аккредитация. Корпоративные ценности	—	Критические контрольные точки (*несоответствия*). Бенчмаркинг. JCI	WOM-маркетинг

Примечание: ISO — ИСО — international organization for standardization — международная организация по стандартизации; JCI — Joint commission international — международная объединенная комиссия; WOM-маркетинг — word of mouth — маркетинг «из уст в уста»; ЛИН — lean production — бережливое производство; МЦБ — международные цели безопасности; РЗН — росздравнадзор.

Приемы, правила и методы процесса первичной специализированной медико-санитарной помощи населению по профилю «гастроэнтерология»

Функции процесса	Документы, регламентирующие деятельность	Ресурсы процесса			Мониторинг и контроль процесса
		Сроки исполнения	Исполнители: компетентность, полномочия, ответственность	Стандарт оснащения	
1. Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы 2. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности 3. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы 4. Проведение медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы 5. Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Действующие порядки, стандарты, клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи *(https://minzdrav.gov.ru/)* и стандартные операционные процедуры медицинской организации	18 мин	Указываются конкретные требования организации к должности: права и обязанности (должностная инструкция), виды ответственности; требования к внешнему виду и соблюдению правил коммуникации	Рабочее место врача-гастроэнтеролога — 1. Рабочее место медицинской сестры — 1. Зеркало — 1. Шкаф для одежды — 1. Шкаф для документов — 1. Ширма — 1. Кушетка — 1. Негатоскоп — 1. Тонометр — 1. Фонендоскоп — 1. Набор для оказания неотложной помощи — 1. Ростомер и напольные весы — 1. Компьютер с принтером — 1. Сантиметровая лента — 1. (приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 906Н)	Мониторинг показателей результативности процесса: экспертиза качества лечения; gap-анализ результатов анкетирования пациентов. **Критические контрольные точки процесса:** • отсутствие или оформленное ненадлежащим образом информированное добровольное согласие на медицинскую помощь; • нарушения врачебной этики и деонтологии; • невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и/или лечебных мероприятий — в соответствии с порядками, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями; • взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования

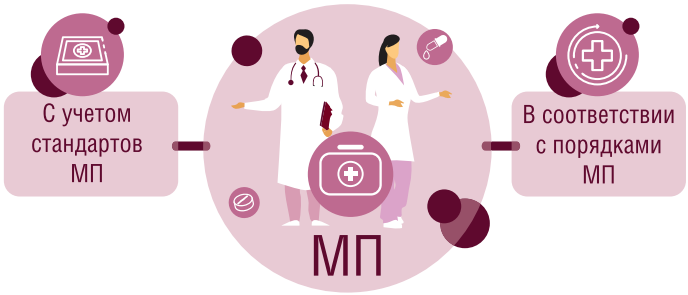
Процессный подход — декомпозиция процессов до стандартной операционной процедуры (СОП)



СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МП)

ШАГ № 1 РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2012 г. — Закон № 323-ФЗ, ст. 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи.



ШАГ № 2 РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2019 г. — Закон № 323-ФЗ, ст. 37. Организация оказания медицинской помощи.



ШАГ № 3 РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2019 г. — Закон № 326-ФЗ, ст. 40, ч. 6. Экспертиза качества медицинской помощи.



ФЗ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об ОМС в РФ», ст. 40, ч. 6 «Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных в соответствии с ст. 64, ч. 2 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

«Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе клинических рекомендаций, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с ч. 2, ст. 76 настоящего ФЗ, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»

ЭФФЕКТЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

Декомпозиция процесса врачебного приема на стандартные операционные процедуры согласно трудовым функциям. СОП на основе действующих клинических рекомендаций!

↓

СОП: профилактика, в том числе рекомендации пациентам, диагностика, медикаментозная и немедикаментозная терапия, реабилитация и диспансерное наблюдение, организация медицинской помощи, приверженность терапии и профилактике

↓

Тактика врача-гастроэнтеролога
Тактика медицинских экспертиз

https://medknigaservis.ru/

ОПТИМИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНОГО ПРИЕМА



Эффекты регламентации деятельности:

- упрощение внутренних взаимодействий между подразделениями;
- бережливое производство;
- увеличение среднего уровня компетенции сотрудников;
- идентифицированные и проанализированные риски представленного процесса.

ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

1.1. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и двенадцатиперстной кишки (ДПК), что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистой оболочки (СО) дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных — цилиндроклеточной метаплазии.

КОДЫ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА



КЛАССИФИКАЦИЯ



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- K21.9 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неэрозивная (эндоскопически негативная).
- K21.0 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эрозивный рефлюкс-эзофагит, стадия B.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

В диагнозе указываются эндоскопическая стадия заболевания, степень эзофагита, осложнения и сопутствующие заболевания.

ДИАГНОСТИКА

Диагностические методы	Комментарии
1. Рекомендованы сбор анамнеза и оценка клинических данных	
1.1. Пищеводные проявления	Изжога, отрыжка, срыгивание, одинофагия. Некардиальные боли в груди и по ходу пищевода
1.2. Внепищеводные проявления	Бронхолегочный синдром: • бронхообструкция; • бронхиальная астма
	Оториноларингологический синдром: • першение в горле; • сухой кашель; • осиплость или потеря голоса
	Стоматологический синдром: • дентальные эрозии; • кариес; • афтозный стоматит
2. Рекомендованы инструментальные исследования для выявления осложнений и неотложных состояний	
2.1. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)	Позволяет дифференцировать неэрозивную форму заболевания с рефлюкс-эзофагитом. Биопсия пищевода и гистологическое исследование биоптатов необходимы для исключения ПБ и аденокарциномы пищевода, а также эозинофильного эзофагита (ЭоЭ)
Дополнительные методы исследования	

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

12–21 день (К20); 14–21 день (К22.1).

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

ГЭРБ характеризуется хроническим рецидивирующим течением. Больные, у которых клинические симптомы заболевания не сопровождаются развитием эзофагита, нуждаются в приеме препаратов в режиме *pro re nata* — «по требованию». У 80% пациентов, не получающих адекватного поддерживающего лечения, рецидив развивается в течение ближайших 26 нед, а вероятность рецидива в течение года составляет 90–98%. У пациентов с ПБ целью является профилактика прогрессирования и развития дисплазии.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Чаще всего ведение пациентов с ГЭРБ осуществляется в амбулаторных условиях. При рефрактерном течении заболевания (отсутствие убедительных признаков клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4–8 нед проведения терапии ИПП в СД), а также при наличии осложнений заболевания (стриктуры, ПБ) необходимо проведение обследования в условиях специализированного стационара при гастроэнтерологической клинике, в том числе в амбулаторных подразделениях этих учреждений.

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
• Пептические стриктуры пищевода. • Развитие ПБ с дисплазией эпителия высокой степени, доказанной двумя морфологами	Плановая госпитализация в хирургический стационар

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препараты выбора	Особенности применения
Консервативное лечение	
1. Альгинаты Уменьшение «кислотного кармана» и нейтрализация кислоты в области пищеводно-желудочного перехода. Являются препаратами выбора для лечения изжоги беременных во всех триместрах беременности.	По 10 мл 3–4 раза в сутки, через 30–40 мин после еды и 1 раз на ночь до стойкого купирования симптомов заболевания, а затем в режиме «по требованию»

Препараты выбора	Особенности применения
2. Антациды	
Алюминия фосфат	По 2,08 г через 1,5–2 ч после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов
Алгелдрат + магния гидроксид	По 3,5 и 4,0 г в виде суспензии через 1,5–2 ч после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов
Алгелдрат + магния гидроксид	По 400 и 400 мг через 1,5–2 ч после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов
Кальция карбонат + магния карбонат	По 680 и 80 мг в виде таблеток через 1,5–2 ч после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов
3. ИПП для устранения симптомов и заживления рефлюкс-эзофагита, продолжительность основного курса — 4–8 нед	
Рабепразол	По 20 мг в сутки. При эрозии стадии «C» и «D» (Лос-Анджелесская классификация) метод **«терапии переключения»** инфузии рабепразола лиофилизат 20 мг, короткий курс (3–5 дней), далее пероральный прием
Омепразол	По 20 мг 2 раза в сутки
Пантопразол	По 40 мг в сутки
Эзомепразол	По 40 мг в сутки

Препараты выбора	Особенности применения
Декслансопразол 	По 30 мг в сутки
4. Прокинетики для нормализации двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта	
Итоприд 	По 50 мг 3 р/сут
Акотиамид 	По 100 мг 3 р/сут
5. Эзофагопротекторы	
Альфазокс	По 10 мл (1 пакетик-саше) после основных приемов пищи и перед сном
6. Гастропротекторы	
Ребамипид 	По 100 мг 3 р/сут 4–8 нед
7. Адсорбенты Нейтрализуют соляную кислоту желудочного сока и дают выраженный адсорбирующий эффект, связывая компоненты содержимого ДПК (желчные кислоты, лизолецитин) и пепсин	
Смектит диоктаэдрический 	По 1 пакетику (3 г) 3 раза в сутки. Язвенная болезнь
B–D-стадия эзофагита: продолжительность основного курса — 8 нед, продолжительность поддерживающей терапии после заживления эрозий должна составлять как минимум 16–24 нед. При осложненных формах ГЭРБ возможно проведение коротких курсов терапии с использованием форм ИПП для внутривенного введения методом **«терапия переключения»**	
Обязательная оценка эффективности лечения (антисекреторной терапии). При лечении больных с ГЭРБ должен осуществляться индивидуальный подход к назначению терапии.	

Препараты выбора	Особенности применения
Критериями эффективности служат оценка жалоб и частота их возникновения: редко (1–2 раза в неделю) и часто (более 2 раз в неделю), а также длительность существования жалоб: небольшая (менее 6 мес) и значительная (более 6 мес)	
Хирургическое лечение	
Показано при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие ПБ с дисплазией эпителия высокой степени, доказанной двумя морфологами)	

Целью назначения ингибиторов протонного насоса при гиперсекреторных состояниях является достижение целевого уровня pH желудка. Далеко не всегда это возможно при назначении таблетированных форм препаратов.

Биодоступность **Рабелок®** (рабепразол) при парентеральном пути введении составляет 100%. Кроме того, инъекционная форма рабепразола обеспечивает мгновенное достижение пиковой концентрации в плазме и, как следствие, быстрое начало действия — через 12 мин.

Выпускается и таблетированная форма **Рабелока®** по специальной технологии ДУАЛТЕК, которая защищает таблетку от кислого содержимого желудка, предотвращает соприкосновение желудочного и кишечного сока с действующим веществом, способствует равномерному высвобождению действующего вещества в тонкой кишке в течение 24 ч.

Переключение с инъекционной формы **Рабелока®** на таблетированную возможно в следующих случаях: рефрактерная ГЭРБ, ГЭРБ средней и тяжелой степени, большие/множественные/непрерывно-рецидивирующие язвы/эрозии, обострение хронического панкреатита, рефлюкс-эзофагит, НПВП-гастропатия, геморрагический гастрит, стресс-индуцированные язвы и эрозии.

Возможен как внутривенный струйный метод введения препарата в течение 5–15 минут, так и внутривенная инфузия до 30 минут.

Применение инъекционной формы **Рабелока®** (не менее 5 дней), обладающей 100%-й биодоступностью, существенно ускоряет выздоровление. Происходит стимуляция роста новой генерации париетальных клеток с пониженной секрецией соляной кислоты, что снижает риск рецидива заболевания, риск смертности и попадания в реанимацию, уменьшает число койко-дней в стационаре. При переключении на таблетированную форму **Рабелока®** не отмечается перепада концентрации рабепразола в плазме крови и париетальной клетке, таким образом, сохраняется стабильный клинический эффект от лечения.

J Pharmacol Pharmacother. 2014 Apr-Jun; 5(2): 83–87.

Data on file: Cadila Pharmaceuticals LTd.

Инструкция по медицинскому применения препарата рабелок лиофилизат 20 мг.

На правах рекламы.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА



Выявление факторов риска (нездоровое питание, низкая физическая активность, семейная предрасположенность, избыточная масса тела и ожирение) и лиц, предрасположенных к возникновению ГЭРБ



Изменение образа жизни, режима и характера питания, контроль массы тела (снижение при необходимости), диспансерное наблюдение

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА



Выявление больных с клинически выраженными формами заболевания, частыми обострениями и назначение адекватного лечения в течение 4–8 нед с последующим приемом минимально эффективных доз



Диспансерное противорецидивное лечение, которое проводится в течение 6–12 мес, а иногда пожизненно



Пациентам с ПБ необходимо длительное противорецидивное лечение с удвоенными дозами препаратов ИПП, а также контрольная эзофагогастродуоденоскопия с гистологическим исследованием через 6 мес. Периодичность последующего эндоскопического наблюдения определяется морфологической картиной и протяженностью сегмента метаплазии. При ПБ без дисплазии — 1 раз в 2–3 года

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая изменение образа жизни и прием препаратов.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При своевременном выявлении ГЭРБ, соблюдении режима и диеты, рекомендаций лечащего врача исход ГЭРБ благоприятный с полным выздоровлением, минимальным риском осложнений и возникновения побочных эффектов

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению ГЭРБ.
- Несоблюдение врачебных назначений повышает вероятность развития тяжелых осложнений

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ

- Назначение антисекреторной терапии направлено на уменьшение выраженности рефлюкса, снижение агрессивных свойств рефлюктата и защиту слизистой оболочки пищевода от образования эрозий и язв

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ

- Соблюдение рекомендаций лечащего врача способствует профилактике развития пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода.
- У пациентов, которые не соблюдают рекомендации лечащего врача и не придерживаются назначенного лечения препаратами, рецидив развивается в течение ближайших 26 нед, а вероятность рецидива в течение года составляет 90–98%

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов

- **Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии**