

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
30-ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY
REABILITASIYA ILMIIY-AMALIIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“SURUNKALI GASTRIT KASALLIGI”
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent – 2025

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

“РИТВАТРИАТМ” ДМ

Директори, профессор

Б.А. Аляви

“ _____ ”

2025 й.

**“СУРУНКАЛИ ГАСТРИТ КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

Тошкент – 2025

Mundarija:

1.	Surunkali gastrit kasalligini tashxislash va davolash	5-bet
2.	Surunkali gastrit kasalligi tibbiy profilaktikasi va rehabilitatsiyasi	26-bet

**“SURUNKALI GASTRIT KASALLIGI” NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent – 2025

1. Kirish qismi.

Surunkali gastrit kasalligi dolzarbligini inobatga olib dalillarga asoslangan ma'lumotlar va tavsiyalarni tibbiyot xodimlariga taqdim etish, kasallikni erta tashxislash, oldini olish va davolash bo'yicha yagona yondashuv tizimini tashkil etish va tadbiriq etish. Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun Butunjahon gastroenterologlar tashkiloti (WGO), Amerika gastroenterologlari uyushmasi (AGA), Rossiya gastroenterologlar uyushmasi (RGA), Rossiya kolorektal jarrohlar jamiyati (ROKX) klinik ko'rsatmalari asos qilib olindi.

Surunkali gastrit kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatadigan mutaxassislar uchun mo'ljallangan ushbu bayonnomada hozirgi kunga kelib mavjud bo'lgan klinik dalillar, tegishli amaliyot vaqtlari, shuningdek ekspert xulosalari keltirilgan.

Halqaro kasalliklar klassifikatori – HKK(MKB)-10 kodi:

K29	Surunkali gastrit
K 29.3	Surunkali yuzaki gastrit
K 29.4	Surunkali atrofik gastrit
K 29.9	Surunkali autoimmungastrit
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	http://mkb-10.com/index.php?pid=10149

HKK – 11:

DA42 gastrit	
DA42.0	Autoimmun gastrit
DA42.1	Helicobacter pylori-assotsirlangan gastrit
DA42.2	Eozinofilli gastrit
DA42.3	Limfotsitar gastrit
DA42.4	Allergik gastrit
DA42.5	Duodenogastral reflyuks natijasida gastrit
DA42.5	Menetrie kasalligi
DA42.7	Noaniq etiologiyali, spetsifik endoskopik yoki patomorfologik xususiyatga ega gastrit
DA42.8	Tashqi sabab orqali kelib chiqqan gastrit
DA42.Y	Boshqa aniqlangan gastrit
DA42.Z	Aniqlanmagan gastrit

Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: Bayonnomani 2025 yil ishlab chiqilgan. Qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil;

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Milliy klinik bayonnoma ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa: RITvaTRIATM

Mualliflar ro‘yxati:

Alyavi B.A.	t.f.d., prof. “RITvaTRIATM” DM direktori.
Ismoilova J. A.	t.f.d., “RITvaTRIATM” DM direktorning ilmiy ishlar bo‘yicha muovini
Karimov M.M.	t.f.d., professor, “RITvaTRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi rahbari
Dustmuhamedova E.Ch.	t.f.n., “RITvaTRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi mudiri
Dusanova N.M.	t.f.n., “RITvaTRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi katta ilmiy xodimi
Karimova D.K.	t.f.n., “RITvaTRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi shifokori

Taqrizchilar:

Abdullaev A.X.	t.f.d., BIX, “RITvaTRIATM” DM bo‘limi mudiri
Zufarov P.S.	t.f.d., TTA klinik farmakologiya kafedrası professori

Klinik bayonnoma “RITvaTRIATM” DM ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi.

Bayonnoma protokolda foydalanilgan qisqartmalar:

PPI – proton pompasi ingibitorlari
 N. rylori – Helicobacter pylori
 KT – kompyuter tomografiya
 NYaQDV – nosteroid yallig‘lanishga qarshi dori vositalari
 NX – nisbiy xavf
 IN – imkoniyatlar nisbati
 P-CAB - kaliy raqobatli retseptorlarning ingibitorlari
 OR – oshqozon raki
 EGDS – ezofagogastroduodenoskopiya
 SG – surunkali gastrit

Mazkur tashxis/nozologiya bo‘yicha protokolning foydalanuvchilari:

1. Shifokor-gastroenterologlar.
2. Umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar).
3. Terapevt-shifokorlar.

4. Tez yordam va shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari.
5. Tibbiyot oliy o‘quv yurtlari va kollejlari o‘qituvchilari.
6. Tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari, magistrarlari, klinik ordinatorlari.

Bemorlar toifasi:

Surunkali gastrit kasalligiga shubha qilingan va tashxis qo‘yilgan bemorlar.

Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi (DD)

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o‘tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usulo yordamida o‘tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kohort tadqiqotlari
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta‘sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini (DD) baholash uchun shkala

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta‘sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktika, diagnostika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari bo‘yicha tavsiyalar (RTT) ning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

RTT	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)

B	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

2. Asosiy qism.

Tarifi

Gastrit - oshqozon shilliq qavatining yallig‘lanish kasalligi. O‘tkir va surunkali gastritlar farqlanadi.

Surunkali gastritlar - Surunkali gastrit - bu morfologik jihatdan doimiy yallig‘lanish infiltrati va hujayra yangilanishining buzilishi bilan tavsiflanadigan surunkali kasalliklar guruhi bo‘lib, oshqozon shilliq qavatida ichak metaplaziyasi, atrofiya va epitelial displaziya rivojlanishiga olib keladi..

Kasallik yoki holat (kasalliklar yoki holatlar guruhi)ning etiologiyasi va patogenezini

Gastritik o‘zgarishlar me‘da shilliq pardasining turli endogen va ekzogen patogen omillarga javob tariqasida namoyon bo‘ladigan reaksiyalaridan iborat. Surunkali gastritning morfologik manzarasini tashkil etuvchi asosiy o‘zgarishlarga yallig‘lanish, atrofiya, hujayra yangilanishining buzilishi, shu jumladan metaplaziya va displaziya kiradi.

Me‘da shilliq pardasini kolonizatsiya qiladigan *Helicobacter pylori* bakteriyasi gastritning etiologik omili hisoblanadi. *H. pylori* ning etiologik ahamiyati aniqlangach, surunkali gastrit aniq ifodalangan va klinik jihatdan muhim nozologik birlikka aylandi - sababi, patogenetik rivojlanish bosqichlari, prognozi ma‘lum bo‘lgan va etiotrop davolash imkoniyatlari belgilangan kasallik sifatida tan olindi. B.J. Marshall va J.R. Warren odam me‘dasi bioplatlaridan ilgari noma‘lum bo‘lgan grammanfiy mikroorganizm kulturasini birinchi marta ajratib olishga muvaffaq bo‘ldilar. Ular *H. pylori* ni keng ko‘lamda o‘rganishni boshlagan dastlabki maqolalaridayoq bu bakteriyaning mavjudligini epiteliy va shilliq pardaning xususiy plastinkasidagi limfoplazmotsitar infiltratsiya fonida polimorf yadroli leykotsitlar infiltratsiyasi bilan bog‘ladilar. *H. pylori* ning me‘da shilliq pardasini kolonizatsiya qilish va o‘tkir, keyinchalik surunkali gastrit keltirib chiqarish qobiliyati B. Marshall (1985) va A. Morris (1987) tomonidan alohida o‘tkazilgan o‘zini zararlab ko‘rish tajribalarida yorqin tasdiqlandi. Bakteriya genomida "patogenlik orolchasi" cag PAI ajratiladi, uning markeri cagA geni - "sitotoksin bilan bog‘liq A geni" hisoblanadi. Bu gen *H. pylori* shtammlarining 50-70 foizida uchraydi. cag PAI ni kodlaydigan ayrim oqsillar bakteriyaning IV tip sekretor tizimini tuzish uchun xizmat qiladi. Shu tufayli *H. pylori* me‘da epiteliotsitiga birikkanida xo‘jayin hujayrasi ichiga CagA, peptidoglikan va ehtimol, o‘zining boshqa molekulalarini ham kiritadi. Epiteliotsitdagi *H. pylori* oqsillari bir nechta signal yo‘llarini ishga tushiradi. Natijada xo‘jayin hujayrasi sitoskeletining o‘zgarishi, hujayralararo aloqalarning buzilishi, proliferatsiya va apoptozning o‘zgarishi, shuningdek, yallig‘lanishga moil ta‘sir yuzaga keladi. Me‘da epiteliotsitlari *H. pylori* mavjudligiga IL-8 va T-hujayralar faollashganida ekspressiyalanadigan hamda sekresiyalanadigan xemokin (RANTES) ajratib chiqarish bilan javob beradi. Bu esa shilliq pardada faol yallig‘lanish reaksiyasi boshlanishiga olib keladi. *H. pylori* shtammlarining taxminan 50 foizi yuqori immunogen oqsil - vakuolizatsiyalovchi sitotoksin A (VacA) ishlab chiqaradi. Bu oqsil in vitro sharoitida hujayralarning vakuolizatsiyasini keltirib chiqaradi, in vivo sharoitida esa yallig‘lanish va apoptoz bilan bog‘liq deb hisoblanadi. Shunday qilib, *H. pylori* kolonizatsiyasi me‘da shilliq pardasidagi yallig‘lanish infiltratining doimiyligini ta‘minlaydi. *H. pylori* qo‘zg‘atgan

yallig'lanish atrofiyaga - me'da bezlarining qaytmas yo'qolishiga olib keladi. Natijada ularning o'rnini fibroz to'qima yoki metaplaziyaga uchragan epiteliy egallaydi. Atrofik gastrit, ayniqsa me'da tanasining zararlanishi va gipoxloridriya bilan kechganda, me'da adenokarsinomasiga olib boradigan xavf omili ekanligi isbotlangan.

Autoimmun gastritning asosida autoimmun mexanizmlar yotadi. Bu parietal hujayralar antigenlariga va (yoki) ichki omilga qarshi antitanalarning mavjudligi bilan tasdiqlanadi. Shuningdek, gastrit boshqa autoimmun kasalliklar (autoimmun tireoidit, 1-turdagi qandli diabet, vitiligo va boshqalar) bilan birga kechishi ham buning isbotidir.

Gastritning boshqa maxsus turlari kamroq uchraydi. Ular o'ziga xos etiologik omillar bilan tavsiflanadi yoki boshqa kasalliklarga hamroh bo'lishi mumkin. Limfotsitar gastrit glyutenli enteropatiya bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Eozinofilli gastrit eozinofilli gastroenterit doirasida kechadi. Granulyomatoz gastrit esa Kron kasalligi, sarkoidoz va vaskulitlar bilan bog'liq holda namoyon bo'ladi.

Kasallik yoki holat (kasalliklar yoki holatlar guruhi)ning epidemiologiyasi

H. pylori infeksiyasi global ahamiyatga ega va keng tarqalgan bo'lib, jumladan bizning mamlakatimizda ham keng yoyilgan. Turli hududlarda o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, katta yoshdagi aholining 65-92 foizidan ortig'i ushbu infeksiya bilan zararlangan. *H. pylori* ning yuqori darajada uchrashi surunkali gastritning ko'p uchrashiga sabab bo'ladi. Shu sababli, "gastrit" tashxisi sog'liqni saqlash amaliyotida keng qo'llaniladi. Bu holat, bir tomondan, kasallikning haqiqatan ham ko'p uchrayotganini ko'rsatsa, boshqa tomondan, dispepsiya alomatlarini talqin qilishda hamda zarur tashxis usullarini qo'llashda, ayniqsa elektron/virtual xromoskopiya bilan yuqori aniqlikdagi videoendoskopiya va oshqozon shilliq qavati biopatlarni kattalashtirish hamda patologik-anatomik tekshirishda sub'ektiv va ob'ektiv qiyinchiliklar mavjudligidan dalolat beradi. O'zbekiston Sog'liqni saqlash vazirligi Salomatlik markazi ma'lumotlariga ko'ra, gastrit bilan kasallanish har 100 ming aholiga 1070 ga yaqin holatni, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi bilan kasallanish esa har 100 ming aholiga 421 ni tashkil etgan.

Tasnifi

Gastritlarning umumiy qabul qilingan klinik tasnifi 1996 yildagi Xyuston modifikatsiyasi hisoblanadi (5-jadval).

Surunkali gastritlarning Sidney tasnif tizimi

Gastrit turi	Etiologik omillar	Sinonimlar (avvalgi tasniflar)
Noatrofik	<i>Helicobacter pylori</i> Boshqa omillar	Yuzaki Surunkali antral B turdagi gastrit Gipersekretorli gastrit
Atrofik autoimmun	Immun mexanizmlar	A turdagi gastrit Oshqozon tanasining diffuz gastriti, V12 tanqisligi kamqonligi va sekresiyaning pasayishi bilan bog'liq
Atrofik	<i>Helicobacter pylori</i>	Aralash gastrit

multifokal	Ovqatlanishning buzilishi Atrof-muhit omillari	A va V turlari
Maxsus shakllari		
Kimyoviy	Kimyoviy ta'sirlovchilar: O't suyuqligi (DGR) NYaQDVlar qabul qilish	Reaktiv gastrit S turi Reaktiv refluks-gastrit
Radiatsion	Nurdan shikastlanish	
Limfotsitar	Idiopatik Immun mexanizmlar Glyuten	Gastrit, assotsirovanny s seliakiey
Granulematoz	Kron kasalligi Sarkoidoz Vegener granulyomatozi Yot jismlar Idiopatik	Izolirlangan granulematoz
Eozinofilli	Ovqatdan allergiya Boshqa allergenlar	Allergik
Boshqa infeksiyon	Bakteriyalar (Helicobacter pylori dan tashqari) Zamburug'lar, Parazitlar	
Gigant gipertrofik	Menetrie kasalligi	

Morfologik o'zgarishlarning tavsifi gastritlarning endoskopik toifalari xususiyatlari bilan to'ldiriladi:

- eritematoz/ekssudativ gastrit (yuza gastrit);
- yassi eroziyalar;
- bo'rtgan eroziyalar;
- gemorragik gastrit;
- giperplastik gastrit;
- duodenogastral refluks (DGR) bilan kechuvchi gastrit - refluks-gastrit.

Atrofiya va yallig'lanishning gistologik ifodalanish darajasini baholash uchun gastritni baholashning yangi OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) tizimi qo'llaniladi.

Atrofik gastritning tasnifi (OLGA 2007 y.)

Antrum	Tana			
	0	I	II	III
0	0 daraja	I daraja	II daraja	II daraja
I	I daraja	II daraja	II daraja	III daraja

II	II daraja	II daraja	III daraja	IV daraja
III	II daraja	III daraja	IV daraja	IV daraja

OLGA tizimida gastrit bosqichining integral ko'rsatkichi

Antrum	Tana			
	0	I	II	III
0	0 bosqich	I bosqich	II bosqich	II bosqich
I	I bosqich	II bosqich	II bosqich	III bosqich
II	II bosqich	II bosqich	III bosqich	IV bosqich
III	II bosqich	III bosqich	IV bosqich	IV bosqich

Har bir ustunda atrofiya modifikatsiyalangan Sidney gastrit tasniflash tizimining vizual analog shkalasiga muvofiq to'rt bosqichli shkala (0-3) bo'yicha ko'rsatilgan. Gastritning darajasi umumiy yallig'lanish infiltratsiyasining (neytrofil leykotsitlar va mononuklear hujayralar) ifodalanganlik darajasini, bosqichi esa atrofiyaning ifodalanganlik darajasini anglatadi.

Diagnostikasi

Kasallik yoki holat (kasalliklar yoki holatlar guruhi) tashxisi, tashxis usullarini qo'llashning tibbiy ko'rsatmalari va qarshi ko'rsatmalari

Kasallik/holat tashxisini qo'yish mezonlari:

Gastrit tashxisi me'da shilliq pardasidagi yallig'lanishni gistologik yo'l bilan aniqlashga asoslanadi. Bu yallig'lanish me'daning o'z plastinkasi va epiteliy ichida neytrofil leykotsitlarning mavjudligi, mononuklear yallig'lanish infiltratsiyasining zichligi, shuningdek atrofiya va ichak metaplaziyasi bilan tavsiflanadi.

Zamonaviy endoskopik tekshiruv usullari, xususan, elektron yoki virtual xromoskopiya va kattalashtirish imkoniyatiga ega yuqori aniqlikdagi videoendoskopiya, gastrit, duodenit va me'da shilliq qavatidagi saraton oldi o'zgarishlarini tashxislash uchun qo'shimcha yuqori axborotli imkoniyatlar taqdim etadi.

Gastritning eng muhim etiologik omili H. pylori infeksiyasi hisoblanadi va H. pylori ga nisbatan ijobiy testlar surunkali gastrit mavjudligini ko'rsatadi.

Shikoyat va anamnezi

Anamnez yig'ish paytida bemorda ilgari biopsiya bilan EGDFS o'tkazilgan-o'tkazilmaganligini; bunda rak oldi holatlari va me'da shilliq pardasidagi o'zgarishlar (atrofiya, ichak metaplaziyasi, epitelial displaziya) mavjudligi haqida ma'lumotlar bor-yo'qligini aniqlashtirish lozim. Prognozni baholash uchun H. pylori infeksiyasiga qarshi eradikatsion davolash ilgari o'tkazilgan-o'tkazilmaganligini, qaysi davolash sxemasi qo'llanilganligini, shuningdek antigelikobakter terapiya samaradorligi nazorat qilingan-qilinmaganligini aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Autoimmun gastrit uchun anamnezda vitamin B12 tanqisligi va makrotsitar anemiya mavjudligi, autoimmun tireoidit, 1-tip qandli diabet, vitiligo va boshqa autoimmun kasalliklar borligi,

shuningdek, ilgari o'tkazilgan endoskopik va patologoanatomik tekshirishlarda me'da tanasi shilliq pardasining atrofiyaga uchragani, antral qism shilliq pardasi esa nisbatan saqlanib qolgani aniqlanganligi muhim ahamiyatga ega.

Fizikal tekshiruv

Odatda, fizik tekshiruv paytida gastritga xos bo'lgan ma'lumotlar aniqlanmaydi.

TASHXIS VA DAVOLASH USULI, TEXNIKASI VA TARTIBI

Diagnostik me'zonlar:

Shikoyatlari	<p>Surunkali gastritlarda aniq klinik belgilar kuzatilmaydi, quyidagi alomatlar yuzaga kelishi mumkin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • surunkali antral yuzaki H.pylori bilan bog'liq gastritda dispepsiyaning "yaraga o'xshash" ko'rinishi (epigastriy sohasida va/yoki piloroduodenal qismda bo'g'iq og'riqlar) yoki "me'da dispepsiyasining" diskinetik turi - tez to'yinish hissi, ovqatlanishdan so'ng qorin to'lib qolishi, dam bo'lishi, ko'ngil aynishi kuzatiladi; • surunkali atrofik multifokal gastritda "me'da dispepsiyasi" belgilari - tez to'yinish hissi, ovqatlanishdan so'ng qorin to'lib qolishi, dam bo'lishi, ko'ngil aynishi kuzatilishi mumkin; • autoimmun atrofik gastritda - V-12 tanqisligi anemiyasi belgilari va "me'da dispepsiyasi" alomatlari namoyon bo'lishi mumkin (yuqoriga qarang).
Anamnezi	<ul style="list-style-type: none"> • Surunkali antral yuzaki H.pylori bilan bog'liq gastrit anamnezida: gastroduodenal patologiya (GDP) bo'yicha irsiy moyillik. Ovqatlanish tartibining buzilishi, quruq ovqat iste'mol qilish, o'tkir, dudlangan va qovurilgan taomlarni, gazlangan ichimliklarni haddan tashqari ko'p iste'mol qilish; • surunkali atrofik multifokal gastritda - anamnezda H.pylori bilan bog'liq surunkali antral yuzaki gastritning uzoq muddat davom etganligi; • autoimmun atrofik gastritda - autoimmun kasalliklarning mavjudligi (autoimmun tireoidit, qalqonsimon va qalqonsimon oldi bezlarining gipoyoki giperfunksiyasi, I tip qandli diabet, autoimmun (pernitsioz) kamqonlik).
Fizikal tekshiruvlar	<ul style="list-style-type: none"> • Surunkali antral yuzaki H.pylori bilan bog'liq gastritda qorinni paypaslaganda epigastral va piloro-duodenal sohada o'rtacha og'riq, qorin dam bo'lishi kuzatilishi mumkin; • surunkali atrofik multifokal gastritda - til "silliqlanishi" yoki qalin oq karash bilan qoplanishi. Qorin paypaslanganda epigastral sohada o'rtacha tarqalgan og'riq seziladi; • autoimmun atrofik gastritda - avitaminoz belgilari, til yallig'lanishi, funikulyar mieloz, kamqonlik alomatlari, jigar kattalashishi, kamroq hollarda - taloq kattalashishi kuzatiladi..

Laborator diagnostika tekshiruvlar

4S	Gastrit bilan og‘rigan barcha bemorlarda anemiya holatini istisno etish maqsadida umumiy (klinik) qon tahlili o‘tkazish tavsiya etiladi. Bu tahlil gastroduodenal shilliq pardaning eroziv zararlanishi yoki autoimmun gastrit tufayli qon ketishi ehtimolini tekshirish uchun zarur. Tahlil natijalarida gemogloblin darajasi, gematokrit ko‘rsatkichi, eritrotsitlar hajmi va rang ko‘rsatkichi aniqlanadi.
----	---

Izoh: Surunkali gastritda qonning klinik tahlili ko‘pincha sezilarli o‘zgarishlarsiz qoladi, biroq anemiya aniqlanishi mumkin. Bu anemiya mikrotsitar bo‘lishi mumkin, bu ochiq yoki yashirin qon ketishidan yoki temir so‘rilishining buzilishidan dalolat beradi. Shuningdek, oshqozonning autoimmun zararlanishi natijasida V₁₂ vitamini tanqisligi tufayli makrotsitar anemiya ham kuzatilishi mumkin..

2B	Autoimmun gastritga shubha qilingan barcha bemorlarga tashxisni tasdiqlash maqsadida parietal hujayralarga va Kasl omilga qarshi antitelolarni aniqlash uchun qon tahlili o‘tkazish tavsiya etiladi.
----	--

Izoh: Autoimmun gastrit tashxisi uchun sezuvchanlik taxminan 80 foizni tashkil etadi, ammo o‘ziga xosligi past (autoimmun gastritga ega bo‘lmagan shaxslarda ham aniqlanadi). Ichki omilga qarshi antitanalar kobalaminning ichki omil bilan bog‘lanishiga to‘sqinlik qiladi. Autoimmun gastritni aniqlash uchun sezuvchanlik taxminan 50 foiz bo‘lsa-da, o‘ziga xosligi 99 % gacha yetadi.

2A	Gastritda me‘dada rak oldi o‘zgarishlari (atrofiya, ichak metaplaziyasi) mavjudligi gumon qilingan barcha bemorlarga tashxisni tasdiqlash, me‘da saratoni rivojlanish xavfi darajasini baholash va endoskopik kuzatuv tartibini belgilash maqsadida qonda pepsinogen I, pepsinogen II va gastrin-17 miqdorini aniqlash tahlili o‘tkazish tavsiya etiladi.
----	---

Izoh: Me‘da tanasi va antral qismi shilliq pardasi atrofiyasining zardob markyori tufayli atrofik gastrit tashxisi ancha osonlashdi. Me‘da tanasi shilliq pardasining yaqqol atrofiyasini aniqlashda zardobdagi pepsinogen I miqdorining pasayishi yuqori sezuvchanlik va o‘ziga xoslikka ega (tegishlicha 84 va 95%). Antral qism shilliq pardasi atrofiyasi uchun G-hujayralar sonining kamayishi natijasida bazal va ovqatdan keyingi gastrin-17 miqdorining pastligi xosdir.

Instrumental diagnostik tekshiruvlar

2A	Barcha bemorlarga gastrit va duodenit tashxisini tasdiqlash, me‘da shilliq qavatidagi saratonoldi holatlar va o‘zgarishlarni aniqlash hamda darajalash maqsadida, ayniqsa atrofiya, ichak metaplaziyasi va displaziyaning tarqalishi va darajasini baholash uchun, qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmagan taqdirda, ezofagogastroduodenoskopiya (EGDFS) o‘tkazish tavsiya etiladi.
----	---

Izoh: Oshqozonning saraton oldi o‘zgarishlarini aniqlashda an’anaviy oq yorug‘likli endoskopiya usulida endoskopik va gistologik ma’lumotlar o‘rtasidagi bog‘liqlik qoniqarsiz bo‘lsada, yuqori aniqlikdagi endoskopiya natijalari ancha ishonchli hisoblanadi..

2A	Barcha bemorlarga oshqozon shilliq qavatidagi saraton oldi holatlari va/yoki o'zgarishlarni aniqlash uchun imkon boricha yuqori aniqlikdagi endoskopiya va virtual xromoEndoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi. Bu tekshiruv kattalashtirib yoki kattalashtirmasdan o'tkazilishi mumkin. Shuningdek, atrofiya va ichak metaplaziyasi bosqichini baholash hamda neoplaziyani aniqlash maqsadida maqsadli biopsiya ham o'tkaziladi.
----	--

Izoh: Tizimli tahlil shuni ko'rsatdiki, ichak metaplaziyasini aniqlash uchun NBI rejimidagi endoskopik tekshiruv (ko'p hollarda kattalashtirish bilan) 86% sezuvchanlik va 77% o'ziga xoslikni, displaziyani aniqlash uchun esa 90% sezuvchanlik va 83% o'ziga xoslikni namoyish etdi. NBI rejimidagi endoskopiyaning takrorlanuvchi belgilari asosida shilliq qavat o'zgarishlarining soddalashtirilgan tasnifi taklif etildi. Bu tasnif bo'yicha ichak metaplaziyasini aniqlash aniqligi 84%, displaziyani aniqlash aniqligi esa 95% ni tashkil etdi. Taqdim etilgan natijalar shifokorning tayyorgarligiga bog'liq bo'lib, tajribali endoskopistlarda yaxshiroq natijalar kuzatilganligi qayd etildi.

2V	Ilk bor diagnostik EGDS o'tkazilayotgan barcha bemorlarga, ayniqsa oshqozon shilliq qavatida atrofik, metaplastik va neoplastik o'zgarishlar bo'lishi mumkin deb gumon qilingan hollarda, saraton oldi holatlarini to'g'ri bosqichlash maqsadida biopsiya o'tkazish tavsiya etiladi. Biopsiyadan so'ng oshqozon to'qimasi patologo-anatomik tekshiruvdan o'tkaziladi, shu jumladan gistokimyoviy va immunogistokimyoviy usullar qo'llaniladi. Bu H. pylori infeksiyasini aniqlash hamda atrofik gastritning bosqichlarini belgilash uchun zarurdir.
----	---

4S	Me'daning ikki qismidan (tana va antral bo'limdan kichik va katta egrilik bo'ylab ikkitadan) biopsiya olish tavsiya etiladi. Me'da tanasi va antral bo'limidan olingan bioptatlar aniq belgilanishi va alohida idishlarga joylashtirilishi lozim. Me'da shilliq pardasining ko'zga ko'rinib turgan har qanday patologik qismidan qo'shimcha biopsiya olinishi kerak. Agar atrofik gastritning og'irligini baholash uchun OLGA yoki OLGIM tizimlaridan foydalanish rejalashtirilgan bo'lsa, me'da burchagidan ham qo'shimcha biopsiya olish mumkin.
----	--

Izoh: "Gastrit" tashxisi an'anaviy tarzda morfologik tashxis sifatida qaraladi. O'zgartirilgan Sidney tizimi talablariga ko'ra, oshqozon shilliq qavati holatini to'g'ri baholash uchun kamida beshta bioptat olinishi lozim. Biopsiya namunalari olish joylari quyidagicha belgilangan: antral qismdan 2 ta - pilorusdan 3 sm masofada katta va kichik egriliklar bo'ylab, oshqozon tanasidan 2 ta - katta egrilik o'rtasida va kichik egrilik bo'ylab burchakdan 4 sm yuqorida, hamda 1 ta oshqozon burchagidan.

Boshqa diagnostik tekshiruvlar

2V	Gastrit bilan kasallangan barcha bemorlarga etiotrop eradikatsion davolash ko'rsatmalarini aniqlash maqsadida Helicobacter pylori infeksiyasini aniqlash uchun $^{13}\text{S}/\text{S}^{14}$ -ureaza nafas sinamasi yoki najasdagi H. pylori antigenini aniqlash tavsiya etiladi. EGDFS o'tkazilganda esa tezkor ureaza sinamasi qo'llanilishi lozim.
----	---

Izoh: "Maastrixt-V" (2016) [6] kelishuv kengashi tavsiyalariga ko'ra, *H. pylori* infeksiyasini dastlabki tashxislash uchun eng maqbul usullar $^{13}S/^{14}S$ nafas ureaza testlari va najasdagi *H. pylori* antigenini aniqlashdir. EGDFS o'tkazilayotganda, dastlabki tashxis usuli sifatida tezkor ureaza testi qo'llanilishi mumkin. *H. pylori* infeksiyasini dastlabki aniqlash uchun *H. pylori* ga qarshi IgG sinfidagi antitelolarni aniqlashning serologik usuli ham foydalanilishi mumkin. Eradikatsion davolash tugaganidan so'ng 4-6 hafta o'tgach o'tkaziladigan eradikatsiya nazorati uchun $^{13}S/^{14}S$ ureaza nafas testlarini yoki najasdagi *H. pylori* antigenini aniqlashni qo'llash eng maqbul hisoblanadi. Soxta manfiy natijalarning oldini olish uchun proton pompa ingibitorlari (PPI) qabulini mo'ljallangan nazorat tekshiruvidan 2 hafta oldin to'xtatish lozim.

Qo'shimcha diagnostik tadbirlar ro'yxati:

- Umumiy qon tahlili - ko'rsatmalarga ko'ra;
- Qondagi zardob temirini aniqlash - kamqonlik holatida;
- Axlatni yashirin qonga tekshirish - kamqonlik holatida;
- Jigar, o't yo'llari va oshqozon osti bezi ultratovush tekshiruvi - ko'rsatmalarga ko'ra (surunkali autoimmun atrofik gastrit va/yoki gepatobiliar tizimning yondosh patologiyasi mavjud bo'lganda);
- Qonning biokimyoviy tahlillari: umumiy bilirubin va uning fraksiyalari, umumiy oqsil, albumin, xolesterin, ALT, AST, glyukoza, amilaza - (surunkali autoimmun atrofik gastrit va/yoki gepatobiliar tizimning yondosh patologiyasi mavjud bo'lganda);
- Surunkali autoimmun atrofik gastritda parietal hujayralarga qarshi antitanachalarni aniqlash;
- Qonda gastrin-17 va pepsinogen I (PG I) hamda pepsinogen II (PG II) darajasini aniqlash - multifokal atrofik gastritda;
- Intragastral pH-metriya - atrofik gastritning og'ir darajasida;
- Oshqozon-ichak traktining yuqori qismlarini bariy bilan rentgenologik tekshirish - ko'rsatmalarga ko'ra (pilorostenoz mavjud bo'lganda, endoskopik tekshiruvlarga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda va bemor EGDFS dan bosh tortganda).

Mutaxassislar ko'rigi uchun ko'rsatmalar:

Tor mutaxassislar ko'rigi uchun ko'rsatmalar		
Nozologiya	Ko'rsatma	Mutaxassis ko'rigi
Surunkali yuzaki (antral) <i>H.pylori</i> assotsiirlangan gastrit	Yo'q	ko'rsatilmagan
Surunkali multifokal atrofik gastrit	KM II tipdagi gistologik manzara va oshqozon shilliq qavati displaziyasi	onkolog
Surunkali autoimmun atrofik gastrit	B12 anemiyasining gematologik ko'rinishida - nevrologik simptomatikada -	gematolog nevropatolog

9-jadval. Surunkali gastritning turli shakllarini tashxislash mezonlari:

Gastrit shakli	Klinikasi	Fizikal tekshiruv	Laborator	Instrumental
----------------	-----------	-------------------	-----------	--------------

	(shikoyatlari, anamnezi)	natijalari	tekshiruvlar natijalari	tekshiruvlar natijalari
Surunkali antral (yuzaki) gastrit, H.pylori assotsiirlangan	<p>11. Oshqozon dispepsiyasi alomatlari;</p> <p>2. "Yarasimon" simptomlar majmuasi;</p> <p>3. GastroEzofageal refluks (GER) mavjud bo'lganda jig'ildon qaynashi;</p> <p>4. "Ichak" dispepsiyasi belgilari.</p> <p>Anamnez: oshqozon-ichak trakti kasalliklari bo'yicha og'irlashgan irsiyat.</p> <p>Ovqatlanish tartibining buzilishi, quruq ovqat iste'mol qilish, achchiq, dudlangan va qovurilgan taomlarni, gazlangan ichimliklarni haddan tashqari ko'p iste'mol qilish;</p>	<p>Palpatsiyada epigastral va piloro-duodenal sohada o'rtacha og'riq, meteorizm</p>	<p>Umumiy qon talili va biokimyoviy tahlillar ko'rsatkichlari referens qiymatlar doirasida.</p>	<p>1. EGDFS: asosan oshqozonning antral qismida turli darajadagi faollik bilan kechayotgan yallig'lanish jarayoni belgilari/</p> <p>2. Biopatlarning gistologik tekshiruvi: yallig'lanish jarayoni belgilari va oshqozon shilliq qavatining H.pylori infeksiyasi bilan kolonizatsiyasi.</p> <p>3. H.pylori tashxisi uchun nafas sinamasi (90% hollarda ijobiy) [6].</p>
Surunkali atrofik multifokal gastrit	<p>1. Oshqozon dispepsiyasi belgilari,</p> <p>2. sekretor yetishmovchilikda - ich ketishga moyillik ("axiliya ich ketishi") va tana vaznining pasayishi.</p> <p>3. Astenovegetativ simptomlar majmuasi;</p>	<p>atrofiyaga uchragan "silliq" til yoki qalin oq karash bilan qoplangan til. Qorin paypaslab ko'rilganda epigastral sohada o'rtacha tarqalgan og'riqli sezuvchanlik kuzatiladi.</p>	<p>UQA, BKT referens qiymatlar chegarasida. Qonda PG I va PG I/PG II darajasining pasayishi.</p>	<p>1. EGDFS: oshqozonning antral qismi va tanasining keng tarqalgan zararlanishi,</p> <p>2. Ichak metaplaziyasi (IM) elementlari bilan atrofiyaning gistologik belgilari va H.pylori infeksiyasi bilan oshqozon shilliq qavatining kolonizatsiyalanishi.</p> <p>3. Intragastral pH-metriya - gipoxlorgidriya yoki axlorgidriya</p> <p>4. H.pylori</p>

				tashxisining tez uraza testi - ijobiy.
Surunkali atrofik autoimmun gastrit	<p>B-12 tanqisligi anemiyasining belgilari: holsizlik, uyquchanlik, bosh aylanishi va quloqlarda shovqin, yurak tez urishi;</p> <p>1. Oshqozon-ichak belgilari: og'iz va tilda og'riq hamda achishish; ishtaha yo'qolishi, vazn kamayishi; so'rilishning buzilishi natijasida ich ketishi;</p> <p>2. Asab tizimi belgilari: qo'l-oyoqlarda uvishish va paresteziyalar, holsizlik va ataksiya;</p> <p>3. Ruhiy holatning buzilishlari - yengil jahldorlikdan to og'ir demensiya yoki ruhiy kasallikkacha.</p>	<p>avitaminoz belgilari, glossit, funikulyar mieloz, anemiya belgilari, gepatomegaliya, kamroq - splenomegaliya</p>	<p>OAK - eritrotsitlarning makrotsitozi, giperxrom anemiya, bilvosita fraksiya hisobiga bilirubin darajasining o'rtacha ko'tarilishi, APK aniqlanishi. PG-I darajasining pasayishi, gastrin darajasining ko'tarilishi [2,7].</p>	<p>EGDFS - oshqozon shilliq qavati tanasi va tubining atrofiya belgilari, giperplastik poliplar</p> <p>Gistologik tekshiruv - yallig'lanish va atrofik jarayonlar</p> <p>H.pylori diagnostikasi</p> <p>bo'yicha BUT kamdan-kam hollarda ijobiy natija beradi</p> <p>Og'ir atrofik gastritning intakt oshqozon shilliq qavati bilan birgalikda kuzatilishi (yallig'lanish, parietal hujayralar massasining yo'qolishi, KM) AIG uchun patognomonik hisoblanadi [8].</p> <p>Intragastral pH-metriya - gipoxlorgidriya, UTT - jigar parenximasining diffuz o'zgarishlari, gepatomegaliya, ba'zan splenomegaliya</p>

Qiyosiy tashxis

Surunkali H.pylori assotsiirlangan yuzaki gastritning qiyosiy tashxisi:

Nozologiya	Simptomlar tavsifi	Tekshiruv rejasi	Klinik mezonlari	Laborator-instrumental belgilari
Surunkali yuzaki (antral)		Umumiy qon tahlili, EGDFS,	Me'da dispepsiyasi	Oshqozon shilliq qavatining endoskopik va

gastrit, H.pylori assotsiirlangan	Me'da dispepsiyasi sindromi	bioptatlarning gistologik tekshiruvlari, H. pylori testlari Yashirin qonga axlat tahlili	simptomlari	morfologik yallig'lanish belgilari; H. pylori 85-90% hollarda aniqlanadi;
Funksional (yarali bo'lmagan) dispepsiya		Umumiy qon tahlili, EGDFS, bioptatlarning gistologik tekshiruvlari, H. pylori testlari Yashirin qonga axlat tahlili	Yaraga o'xshash variant yoki dispeptik sindrom	Oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishiga oid endoskopik va morfologik belgilarning yo'qligi
12 b.ichak yara kasalligi		Umumiy qon tahlili, EGDFS, bioptatlarning gistologik tekshiruvlari, H. pylori testlari Yashirin qonga axlat tahlili	Piloroduodenal sohada kechki, "och qoringa" tungi og'riqlar	Temir tanqisligi anemiyasining laboratoriya belgilari bo'lishi mumkin; EGDFS - yarasimon nuqson, axlatdagi yashirin qonga ijobiy reaksiya,
Surunkali pankreatit		Obiijiy analiz krovi, koprogramma, elastaza v kale BAK:Amilaza UZI ili KT ili MRT organov bryushnoy polosti	«Qorinning chap yarmida belga tarqaluvchi "belbog'simon" og'riqlar; Merfi simptomi musbat.	Ultratovush tekshiruvi - oshqozon osti bezining o'lchamlari kattalashgani, giperexogenlik, konturlarining notekisligi, kalsinatlar va kistalar mavjudligi; koprogramma - steatoreya, kreatoreya; qonda amilaza miqdorining oshganligi; najasda elastaza va tripsin miqdorining ko'payganligi, steatoreya, kreatoreya kuzatilishi.

Surunkali atrofik (multifokal va autoimmunn) gastritning qiyosiy tashxisi

Nozologiya	Simptomlar tavsifi	Tekshiruv rejasi	Klinik mezonlari	Laborator- instrumental belgilari
Surunkali multifokal atrofik		Umumiy qon tahlili, EGDFS,	Giperatsid gastritda og'riq sindromi	Qonda: <PG-I va >gastrin darajasi;

gastrit	oshqozon shilliq qavatining ichak metaplaziyasiga xos gistologik belgilari	biopsiya namunalarining gistologik tekshiruvi, H.pylori bakteriyasiga tezkor ureaz testi (TUT), gastropanel: gastrin-17 va pepsinogen-I (PG-I) ko'rsatkichlari	ustunlik qilishidan farqli o'laroq, bu holatda dispepsiya sindromi yetakchi hisoblanadi. Ko'rikda: til "silliq" ko'rinishda bo'ladi, kasallik avj olgan paytlarda esa til qalin oq karash bilan qoplanadi. Qorinni paypaslab ko'rilganda og'riq sezilmaydi.	EGDFS - me'da shilliq qavati atrofiyasi belgilari; Gistologik tekshiruv: Bez epiteliysi atrofiyasi, KM, me'da shilliq qavatida H.pylori ning oz miqdori, yallig'lanishning minimal faolligi
Surunkali autoimmun atrofik gastrit		Umumiy qon tahlili, EGDFS, biopsiya namunalarining gistologik tekshiruvi, H.pylori bakteriyasiga tezkor ureaz testi (TUT), APK, gastrin-17 va pepsinogen-I (PG-I) ko'rsatkichlari	B12 tanqisligi anemiyasi klinikasi va nevrologik simptomlar (oyoqlar paresteziyasi) ustunlik qiladi.	QQA: Retikulotsitlar miqdori (0,5% dan past); trombotsitlar va leykotsitlar miqdori kam, anizo-va poykilotsitoz, Kebot halqalari, Jolli tanachalari, normoblastlar mavjud. Qonda: PG-I miqdori past va gastrin darajasi yuqori; Qonning biokimyoviy tahlilida: LDG darajasi yuqori, ishqoriy fosfataza past, bilvosita bilirubin darajasi yuqori. Antiperinuklear antitanachalar mavjudligi. EGDFS - oshqozon shilliq qavati atrofiyasi belgilari; Gistologiya: Bezli epiteliy atrofiyasi, ichak metaplaziyasi

				Sekresiya asta-sekin pasayib, axlorgidriyagacha yetib boradi.
Me'da yara kasalligi		OAK, EGDFS, bioptatlarning gistologik tekshiruvlari, H.pylori diagnostikasi Rentgenogramma - pilorostenozda	Oshqozon va ichak dispepsiyasi belgilari; ovqatdan 1-1,5 soat o'tgach "erta" epigastral og'riqlar, yomon ishtaha, vazn yo'qotish	EGDFS - Yallig'lanish to'qimasi bilan o'ralgan yara nuqsoni, najasdagi yashirin qonga ijobiy reaksiya, temir tanqisligi anemiyasi Intragastral pH-metriya - gipo- yoki normoxlorgidriya
Me'da adenokarsionomasi		Umumiy qon tahlili, fibrogastroduodenoskopiya, oshqozon bioptatlarining gistologik tekshiruvi, H.pylori diagnostikasi Axlatda yashirin qon tekshiruvi	Oshqozon va ichak dispepsiyasining belgilari; ishtahaning yo'qolishi, go'shtdan nafatlanish, vazn yo'qotish (kaxeksiyagacha)	Gipoxrom kamqonlik. > EChT EGDFS - o'sma. Gistologik tekshiruv - displaziya va atipik hujayralar aniqlanishi. Intragastral pH-metriya - axlorgidriya; Axlatda yashirin qon borligiga ijobiy reaksiya

Medikamentoz davu.

Surunkali gastritning turli shakllarida dori-darmon terapiyasi, uning rivojlanishining turli etiopatogenetik omillarini hisobga olgan holda farqlanadi.

Atrofik bo'lmagan gastrit farmakoterapiyasining tamoyillari:

- NR ijobiy bemorlarda eradikatsion antixelikobakter terapiyasi;
- eradikatsion terapiya kursi yakunlangandan 4-6 hafta o'tgach, antixelikobakter terapiya samaradorligini albatta nazorat qilish;
- xavf omillariga ta'sir qilish (NYaQDV dorilarini parasetamol, SOG-2 tanlab ta'sir qiluvchi ingibitorlari bilan almashtirish, NYaQDV dorilarini rebamipid bilan birgalikda qo'llash, bemorlarning davolash rejimiga rioya qilishini ta'minlash va boshqalar).

Atrofik gastrit farmakoterapiyasining tamoyillari:

- HP ijobiy bemorlarda eradikatsion antixelikobakter terapiyasi;
- 4-6 haftadan so'ng antixelikobakter terapiya samaradorligini albatta nazorat qilish;

Sitoprotektiv dori vositalarini qo'llash;

- pernitsioz anemiyaning oldini olish va davolash maqsadida V12 vitaminini qo'llash.

Proton pompasi ingibitorlari (PPI) eng kuchli antisekretor dorilar hisoblanadi. Ular og'riq sindromi va dispeptik buzilishlarni bartaraf etish hamda tez remissiyaga erishish maqsadida tayinlanadi.

Kaliy raqobatli retseptorlarning ingibitorlari - P CAB - vonoprazan kuchli antisekretor dorilarning yangi sinfi hisoblanadi. Ular og'riq sindromi va dispeptik buzilishlarni bartaraf etish, shuningdek tez remissiyaga erishish maqsadida tayinlanadi.

N2-gistamin retseptorlari blokatorlari ikkinchi qator dori vositalari hisoblanadi. Ular proton pompa ingibitorlarini (PPI) ko'tara olmaslik yoki ularga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lgan hollarda qo'llanilishi mumkin. Bundan tashqari, N2-gistamin retseptorlari blokatorlari PPI bilan birgalikda qo'shimcha davolash usuli sifatida ham ishlatilishi mumkin.

Antatsidlar bir kecha-kunduz davomida 4-6 soat mobaynida oshqozon ichidagi pH darajasini 3 dan yuqori saqlab turishga qodir, bu esa ularning monoterapiya sifatida qo'llanilganda yetarlicha samarali emasligini ko'rsatadi. Shunday bo'lsada, surunkali gastrit bilan og'riq bemorlar og'riq va dispepsiya shikoyatlarini bartaraf etish uchun antatsidlarni qabul qiladilar. Bu ko'p jihatdan ularning tez ta'sir qilishi va retseptsiz sotilishi bilan izohlanadi[2].

Mikrobg qarshi dori vositalari. *H. Pylori* bilan bog'liq surunkali gastritda mikrobg qarshi dori vositalari qo'llaniladi. Eradikatsiya maqsadida proton pompa ingibitorlari bilan birgalikda aminopenitsillinlar (amoksitsillin) va asosiy dori sifatida makrolidlar (klaritromitsin) ishlatiladi. Standart davolash samarasiz bo'lganda zaxira dori vositalari qo'llaniladi: ftorxinolonlar (levofloksatsin), nitroimidazollar (metronidazol), tetratsiklinlar va vismut preparatlari.

H. pylori bilan bog'liq surunkali gastritning dori-darmon terapiyasi

H. pylori bakteriyasini yo'q qilish muvaffaqiyati kasallikning qaytalanmasdan kechishini ta'minlaydi, bu esa surunkali gastritni davolashda ijobiy prognoz belgisi hisoblanadi.

Tavsiya etiladigan eradikatsiya sxemalari (Maastricht-V, VI)
Birinchi qator terapiya(10-14 kun):

- 3 komponentli sxema: PPI (P CAB) +amoksitsillin+klaritromitsin;
- vismutsiz kvadroterapiya: PPI (P CAB) +amoksitsillin+klaritromitsin +nitroimidazol.

Ikkinchi qator terapiya (10-14 kun):

- 3 komponentli sxema: PPI (P CAB) +amoksitsillin+ftorxinolon
- vismutsiz kvadroterapiya: PPI (P CAB) +amoksitsillin+klaritromitsin +nitroimidazol;
- Vismut bilan kvadroterapiya: PPI (P CAB) +amoksitsillin+klaritromitsin +vismut trikalyditsitrat.

2V	<i>H. pylori</i> infeksiyasiga ijobiy test natijalari bo'lgan surunkali gastrit bilan og'riq barcha bemorlarga etiologik davolash sifatida eradikatsion terapiya o'tkazish tavsiya etiladi.
----	---

Davolash samaradorligi kuniga ikki marta oshirilgan PPI dozasi (standart dozadan ikki barobar yuqori) tayinlanganda ortadi), (ID B). 14 kunlik davolash muddatida eradikatsiya chastotasining ortishi 10 kunlik davolashga nisbatan ancha sezilarli darajada yuqori bo'ladi, (ID S).

2V	Davolash samaradorligi kuniga ikki marta PPI ning yuqori dozasini (standart dozadan ikki barobar ko‘p) qo‘llash orqali oshadi.
2C	14 kunlik davolash muddatida eradikatsiya chastotasining ortishi 10 kunlik davolashga nisbatan ancha sezilarli darajada yuqori bo‘ladi

Standart uch komponentli davolashga sutkasiga 2 marta 240 mg yoki 4 marta 120 mg miqdorda vismut trikaliy ditsitrat qo‘shish uning samaradorligini oshirish chorasi hisoblanadi.

2V	Surunkali gastrit, jumladan atrofik gastrit bilan og‘rigan bemorlarga shilliq pardaning himoya xususiyatlarini kuchaytirish maqsadida 4-8 hafta davomida vismut trikaliy ditsitrat** [66, 104, 105] yoki rebamipid bilan davolanishni tavsiya etish mumkin.
----	---

Izoh: *Vismut trikaliy ditsitratining sitoprotektiv ta’siri vismut ionlarining erkin radikallarni bog‘lashi va prostaglandinlarning endogen sintezini kuchaytirishi bilan bog‘liq.*

Klinik tadqiqotlarda o‘z samaradorligini isbotlagan probiotik shtammlarni *H. pylori* eradikatsion terapiyasi tarkibiga kiritish eradikatsiya samaradorligini oshiradi va nojo‘ya ta’sirlar sonini kamaytiradi.

2C	<i>H. pylori</i> ga qarshi eradikatsion davolash antibiotiklar bilan bog‘liq ich ketishini keltirib chiqarishi mumkin. Standart uch komponentli davolashga <i>Saccharomyces boulardii</i> probiotikini qo‘shish <i>H. pylori</i> ni yo‘q qilish tezligini oshiradi.
2C	Surunkali gastrit va dispepsiya belgilari (ayniqsa epigastriy sohasida to‘liqlik hissi va erta to‘yinish kabi) bo‘lgan bemorlarga, shu jumladan funksional dispepsiya bilan birgalikda kechganda ham, simptomatik davolash sifatida prokinetik ta’sirga ega dori vositalari bilan davolash tavsiya etiladi.

Izoh: *Ta’sir mexanizmi bo‘yicha dofamin retseptorlarining antagonisti hisoblangan domperidon meta-tahlilda dispepsiya alomatlarini kamaytirishda samaradorligini namoyon etdi (NX 7,0 (95% ishonch oralig‘i 3,6-16)). Ta’sir mexanizmiga ko‘ra, itoprid bir vaqtning o‘zida ham dofamin retseptorlarining antagonisti, ham atsetilxolinesteraza ingibitori hisoblanadi. Dori vositasi atsetilxolinning ajralib chiqishini faollashtiradi va uning parchalanishiga to‘sqinlik qiladi. Keng ko‘lamli randomizatsiyalangan klinik tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, 8 haftalik davolanishdan so‘ng dispepsiyaning klinik belgilari to‘liq yo‘qolgan yoki ularning ifodalanishi itoprid qabul qilgan bemorlarning 57, 59 va 64 foizida sezilarli darajada kamaygan (mos ravishda kuniga 3 marta 50, 100 va 200 mg dozalarda), bu ko‘rsatkich plasebo ta’siridan (41%) sezilarli darajada yuqori bo‘lgan.*

Kuniga 3 marta 100 mg miqdorda rebamipidni *H. pylori* eradikatsion davolash tarkibiga qo‘shish eradikatsiya samaradorligining oshishiga olib keladi..

1A	Surunkali gastrit va dispepsiya alomatlari mavjud bemorlarga ushbu alomatlarni bartaraf etish maqsadida rebamipid bilan davolanish tavsiya etiladi (kuniga 3 marta 100 mg dan 2-4 hafta davomida, zarurat tug'ilganda 8 haftagacha). Bu davo usuli yolg'iz holda ham, kompleks davolash tarkibida ham qo'llanilishi mumkin.
----	---

SGda qo'llaniladigan asosiy dori vositalari ro'yxati

№	Halqaro patentlangan nomi	Chiqarilish shakli	Qo'llash tartibi	ID
Proton pompasi ingibitorlari				
1	Omeprazol	Kapsulalar (shu jumladan ichakda eriydigan, ta'siri uzoq muddatli, oshqozon kapsulalari) 10 mg, 20 mg va 40 mg	Peroral 20 mgdan sutkada 2 mahal	A
2	Lansoprazol	Kapsulalar (shu jumladan modifikatsiyalangan chiqarilish bilan) 15 mg va 30 mg	Peroral 15 mgdan sutkada 2 mahal	A
3	Pantoprazol	Qobiq bilan qoplangan tabletkalar (shu jumladan, ichakda eriydigan qobiqli); kechiktirilgan ta'sirli 20mg va 40 mg	Peroral 20 mgdan sutkada 2 mahal.	A
4	Rabeprazol	Ichakda eriydigan qobiq bilan qoplangan 10 mg va 20 mg tabletkalar/kapsulalar	Peroral 10 mgdan sutkada 2 mahal.	A
5	Ezomeprazol	Tabletkalar / Kapsulalar (shu jumladan ichakda eriydigan, qattiq va b.) 20 mg va 40 mg miqdorda	Peroral 20 mgdan sutkada 2 mahal.	A
Kaliy raqobatli retseptorlarning ingibitorlari				
1	Vonoprazan	Tabletkalar / Kapsulalar (shu jumladan ichakda eriydigan, qattiq va b.) 20 mg va 10 mg miqdorda	Peroral 20 mgdan sutkada 2 mahal.	A

N2 gistamin retseptorlari blokatorlari

6	Famotidin	Qobiq bilan qoplangan tabletkalar (jumladan plyonka qobiqli) 20 mg va 40 mg	Peroral 20 mgdan sutkada 2 mahal.	A
7	Ranitidin	Qobiq bilan qoplangan tabletkalar (jumladan plyonka qobiqli) 150mg va 300mg	Peroral 150 mgdan sutkada 2 mahal	A

Vitaminlar

8	Sianokobalamin (vitamin V12)	In'eksiya uchun 0,02% va 0,05% li eritma	M/o, t/o, v/i yuboriladi. V12 vitamini yetishmasligi bilan bog'liq kamqonliklarda t/o 0,1 - 0,2 mg miqdorida har 2 kunda 1 marta yuboriladi.	A
---	------------------------------	--	---	---

H.pylori bilan bog'liq surunkali gastritda antimikrob dori vositalari

8	Amoksitsillin	Tabletkalar, shu jumladan qobiq bilan qoplangan va dispergirlanadigan; 500 mg va 1000 mg li kapsulalar	Peroral 1000 mgdan sutkada 2 mahal	A
9	Klaritromitsin	Tabletkalar, shu jumladan modifikatsiyalangan chiqarilishli 500 mg li	Peroral 500 mgdan sutkada 2 mahal	A
10	Metronidazol	Tabletkalar 250 mg	Vismut bilan kvadroterapiya: kuniga 4 marta og'iz orqali 250 mg qabul qilish Klaritromitsin asosidagi uch komponentli davolash: kuniga ikki marta og'iz orqali 500 mg qabul qilish	A
11	Levofloksatsin*	Qobiq bilan qoplangan tabletkalar 500mg	Og'iz orqali kuniga 2 marta 500 mg dan, faqat boshqa antimikrob dorilarga chidamliligi tasdiqlangan va levofloksatsinga yuqori sezuvchanlik aniqlangan hollardagina qabul qilinadi.	S
12	Tetrasiklin*	Qobiq bilan qoplangan tabletkalar 100 mg	Og'iz orqali kuniga 4 marta 100 mg dan, faqat boshqa antimikrob dorilarga chidamliligi tasdiqlangan va tetrasiklinga yuqori sezuvchanlik aniqlangan hollardagina qabul	S

			qilinadi	
13	Vismuta trikaliya ditsitrat	Qobiq bilan qoplangan tabletkalar, 120 mg	Ovqatlanishdan 30 daqiqa oldin kuniga 4 marta 1 tabletkadan yoki ovqatlanishdan 30 daqiqa oldin kuniga 2 marta 2 tabletkadan qabul qilinadi va yotishdan oldin ham ichiladi. Bir martalik maksimal doza 240 mg, sutkalik maksimal doza 480 mg bo'lishi mumkin.	V

NB! * ko'rsatma qayd qilinmagan

SGda qo'llaniladigan qo'shimcha dori vositalari ro'yxati

№	Halqaro patentlangan nomi	Chiqarilish shakli	Qo'llash tartibi	ID
1	Rebamipid	Tabletkalar	Kuniga 10 mg dan 3 raza 4-8 hafta	
2	Domperidon	Tabletkalar	5 – 7 kundan ortiq emas	A
3	Itoprid	Tabletkalar	4 – 8 hafta	A

Jarrohlik amaliyoti: yo'q.

**“SURUNKALI GASTRIT KASALLIGI” NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

Toshkent 2025

Tibbiy reabilitatsiya va sanatoriy-kurort davolanishi, reabilitatsiya usullarini qo'llashga doir tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar, shu jumladan tabiiy davolash omillariga asoslangan usullar

Davolash maqsadi:

- kasallikning to'liq remissiyasiga erishish
- atrofiyaning yanada kuchayishi va asoratlar rivojlanishining oldini olish

Davolashning asosiy vazifalari:

- kislota-peptik omilning faolligi pasayishi
- oshqozonning sekretor-motor funksiyasini normallasuvi;
- oshqozon shilliq qavati va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining himoya xususiyatlari kuchayishi;
- H. pylori bakteriyasini yo'q qilish.

Nomedikamentoz davolash va umumiy chora-tadbirlar ga quyidagilar kiradi:

Parhez:

- to'laqonli va xilma-xil ovqatlanish;
- ovqatlanish rejimi bo'lib-bo'lib, kuniga 6 martagacha, kichik porsiyalarda;
- oshqozon-ichak traktining mexanik va kimyoviy qo'zg'atuvchilarini, oshqozon sekresiyasi stimulyatorlarini, oshqozonda uzoq vaqt ushlanib qoladigan moddalarni cheklash;
- juda issiq va juda sovuq taomlarni istisno qilish.;

Surunkali gastrit kasalligiga chalingan bemorlarga parhez bo'yicha tavsiyalar.

Kiritilmaydi	Ruxsat etiladi
sharbat chiqaruvchi mahsulotlar va taomlar (go'shtli, baliqli, qo'ziqorinli sho'rvalar)	sabzavotli, yormali, sutli sho'rvalar qaynatilgan yog'siz go'sht va baliq yumshoq qilib pishirilgan tuxum, bug'da tayyorlangan quymoq
biriktiruvchi to'qimali mahsulotlar (tog'aylar, parranda va baliq terisi, payli go'sht)	yangi nordon bo'lmagan tvorog, pishloqlar
go'sht va baliqning yog'li turlari	biroz quritilgan bug'doy noni oq suxarilar, yog'siz pechenelar yaxshi pishirilgan bo'tqalar
marinadlar, tuzlamalar, ziravorlar	oq undan tayyorlangan vermishel va ugra sabzavot va kartoshka pyuresi
yangi non, yirik tortilgan undan tayyorlangan xamir mahsulotlari, tariq	o'simlik yog'i qo'shilgan salatlar, vinegretlar
quymoqlar, piroglar, pirojniylar	nordon bo'lmagan et qisimli meva-rezavor sharbatlari
tarkibida dag'al kletchatka bo'lgan sabzavotlar (no'xat, loviya, dukkaklilar, sholg'om), qo'ziqorinlar	sut va sut mahsulotlari (ivitilgan sut, yogurtlar)
	gazanmagan mineral suvlar
	• ishqorsiz mineral suvlar

<p>xom va po‘sti qattiq mevalar hamda rezavorlar</p> <p>nordon meva va rezavor sharbatlari</p> <p>shokolad, kakao, qahva, achchiq choy, gazlangan ichimliklar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • achchiq bo‘lmagan choy
---	--

Profilaktik chora tadbirlar:

Surunkali gastritning alohida shakllari profilaktikasi		
Nozologiya	Profilaktik chora tadbirlar	ID
H.pylori bilan bog‘langan surunkali yuzaki (antral) gastrit	H.pylori infeksiyasini to‘liq yo‘q qilish	A
Surunkali multifokal atrofik gastrit	H.pylori infeksiyasini to‘liq yo‘q qilish	A
Surunkali autoimmun atrofik gastrit	V12 defitsit anemiyani davolash	V

Bemorni keyingi kuzatish:

Kasallik kechishi monitoringi	
Nozologiya	Diagnostik va davolash chora tadbirlari
H.pylori bilan bog‘langan surunkali yuzaki (antral) gastrit	Eradikatsion terapiyadan 1 oy o‘tgach, nazorat EGDFS va H.pylori infeksiyasini aniqlash
Surunkali multifokal atrofik gastrit	Eradikatsion terapiyadan 1 oy o‘tgach, nazorat EGDFS va H.pylori infeksiyasini aniqlash
Surunkali autoimmun atrofik gastrit	Davolashdan keyin 1, 6 va 12 oydan so‘ng UQA, biokimyoviy tahlillar

Surunkali gastritning turli shakllarida prognoz

Nozologiya	Prognoz
H.pylori bilan bog‘langan surunkali yuzaki (antral) gastrit	H.pylori eradikatsiyasida MR xavfi kamayadi. (ID S) .
Surunkali multifokal atrofik gastrit	Atrofik o‘zgarishlar rivojlanib borishi natijasida oshqozon shilliq qavatida disregenerativ jarayonlar yuzaga keladi, bu esa oshqozon rakiga olib kelishi mumkin. H.pylori infeksiyasini yo‘q qilish oshqozon shilliq qavatidagi regenerativ jarayonlarning me‘yorlashuviga olib keladi. (ID A) .
Surunkali autoimmun	Og‘ir nevrologik simptomlar paydo bo‘lishi mumkin.

atrofik gastrit	
-----------------	--

Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari

Bemorlarni davolash samaradorligi ko'rsatkichlari	
Nozologiya	Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari
H.pylori bilan bog'langan surunkali yuzaki (antral) gastrit	dispepsiyaning klinik belgilarini bartaraf bo'lishi; AV sindromini yo'qolishi; bemorlarning hayot sifatini yaxshilanishi; oshqozon shilliq qavatining endoskopik va gistologik yallig'lanish belgilarining yo'qolishi; H.pylori eliminatsiyasi;
Surunkali multifokal atrofik gastrit	dispepsiyaning klinik belgilarini bartaraf bo'lishi; AV sindromini yo'qolishi; bemorlarning hayot sifatini yaxshilanishi; KM gistologik belgilarining regressiyasi;
Surunkali autoimmun atrofik gastrit	dispepsiyaning klinik belgilarini bartaraf bo'lishi; AV sindromini yo'qolishi; bemorlarning hayot sifatini yaxshilanishi; KM gistologik belgilarining regressiyasi; Qon ko'rsatkichlarining me'yorchiligi - retikulotsitoz (5-6 ta in'eksiyadan so'ng), qon ko'rsatkichlari 1,5 - 2 oydan keyin tiklanadi; bilirubin va ishqoriy fosfataza darajasining me'yorchiligi; nevrologik buzilishlar yarim yil ichida yo'qoladi.

Tibbiy rehabilitatsiya va sanatoriy-kurortda davolash, rehabilitatsiya usullarini qo'llashga doir tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar, shu jumladan tabiiy davolash omillariga asoslangan usullar

Surunkali gastrit bilan og'riqan bemorlarning remissiya bosqichida sanatoriy-kurortda davolanishlari tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchligi darajasi S (dalillarning ishonchlik darajasi - 5).

Kurortda davolanishga, shuningdek har qanday balneologik muolajalar o'tkazishga monelik qiladigan bemorlar (masalan, Menetrie kasalligi, me'da polipozi va me'da o'smalari bor bemorlar) sanatoriy-kurortda davolanishga yuborilmaydi. Bemorning yoshi va yo'ldosh kasalliklarini albatta hisobga olish zarur, chunki bular iqlim mintaqasini tanlashni belgilab beradi. Rehabilitatsiyaning sanatoriy-kurort bosqichidagi yetakchi usullar dori-darmonlarsiz bo'lib, ularga tabiiy omillar (iqlim, mineral suv, shifobaxsh balchiq), sun'iy modellashtirilgan tabiiy omillar, kinezoterapiya (turli shakl va vositalardagi DJT, tibbiy uqalash), psixoterapiya, parhez terapiyasi, fitoterapiya va boshqalar kiradi. Sanatoriy bosqichida bemorlarni rehabilitatsiya qilish ularning sanatoriyda bo'lish muddati, kasallikning xususiyati va organizmning moslashuv imkoniyatlariga qarab tanlanadigan avaylovchi, tetiklashtiruvchi va mashq qildiruvchi rejimlarga muvofiq amalga oshiriladi. Me'daning sekretor funksiyasi pasaygan surunkali gastrit bilan og'riqan bemorlarga o'rtacha va yuqori darajada minerallashtirilgan xlorid-natriy, natriy-gidrokarbonat ichimlik suvlari tavsiya etiladi. Me'da shirasi va xlorid kislotasi ajralishini kuchaytirish maqsadida mineral suv ovqatdan 15-20 daqiqa oldin kuniga 3 mahal ichishga buyuriladi. Me'daning sekretor funksiyasi kuchaygan surunkali gastrit bilan og'riqan bemorlarga kuchsiz va o'rtacha minerallashtirilgan karbonatli gidrokarbonat-natriy, natriy-kalsiy, sulfat-kalsiy-

magniy-natriy suvlari ichish uchun tavsiya etiladi. Mineral suv ovqatdan 1-1,5 soat oldin kuniga 3 mahal ichish uchun buyuriladi.

Tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish

Gastrit bilan og'riqan bemorlarning aksariyati ambulatoriya sharoitida kuzatuv va davolanishga muhtoj bo'ladi.

Gastrit va duodenit bilan og'riqan bemorlarni rejali ravishda kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar quyidagilardan iborat: gastritning kam uchraydigan turlarini (eozinofilli, granulyomatoz va boshqalar) farqlash uchun diagnostika o'tkazish zarurati, autoimmun gastritda kuchli anemiya holati, eroziv gastritda kasallikning yaqqol klinik ko'rinishi, *H. pylori* ni yo'qotish terapiyasini bevosita shifokor nazorati ostida o'tkazish zarurati, me'da adenomasi va erta bosqichdagi saratonini endoskopik yo'l bilan olib tashlash zarurati.

Gastrit xuruj qilgan bemorlarni statsionar sharoitda davolash muddati 16 kunni tashkil etishi lozim.

Eroziv gastrit va/yoki duodenitga gumon qilingan bemorda o'tkir oshqozon-ichak qon ketishi alomatlari mavjud bo'lsa, bu shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi..

Gastrit bilan kasallangan bemorlarni olib borish algoritmi



Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Marshall B.J., Warren J.R. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. Lancet. 1984;1(8390):1311-5. DOI: 10.1016/ s0140-6736(84)91816-6

2. Kusters J.G., van Vliet A.H., Kuipers E.J. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection. *ClinMicrobiolRev.* 2006;19(3):449-90. DOI: 10.1128/CMR.00054-05
3. Graham D.Y., Opekun A.R., Osato M.S., El-Zimati H.M., Lee C.K., Yamaoka Y., et al. Challenge model for *Helicobacter pylori* infection in human volunteers. *Gut.* 2004;53(9):1235-43. DOI: 10.1136/gut.2003.037499
4. Ansari S., Yamaoka Y. *Helicobacter pylori* Virulence Factors Exploiting Gastric Colonization and its Pathogenicity. *Toxins (Basel).* 2019;11(11):677. DOI: 10.3390/toxins11110677
5. El-Omar E.M., Carrington M., Chow W.H., McColl K.E., Bream J.H., Young H.A., et al. Interleukin-1 polymorphisms associated with increased risk of gastric cancer. *Nature.* 2000;404(6776):398-402. DOI: 10.1038/35006081
6. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T., et al. European *Helicobacter* and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of *Helicobacter pylori* infection- the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66(1):6-30. DOI: 10.1136/gutjnl-2016-312288
7. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., Graham D.Y., El-Omar E.M., Miura S., et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut.* 2015;64:1353— 67. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309252
8. Ivashkin V.T., Maev I.V., Kaprin A.D., Agapov M.Yu., Andreev D.N., Vodoleev A.S. i dr. Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения (методическое руководство Росийской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России для врачей первичного звена здравоохранения). *Ros jurn gastroenterol gepatol koloproktol.* 2019;29(5):53-74. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Kaprin A.D., Agapov M.Yu., Andreev D.N., Vodoleev A.S., et al. Early Detection of Oncological Diseases of the Digestive System (Guidelines of the Russian Gastroenterological Association and the Russian Association of Oncologists for Primary Care Physicians). *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2019;29(5):53-74 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-5-53-74
9. Simanenkova V.I., Maev I.V., Tkacheva O.N., Alekseyenko S.A., Andreev D.N., Bordin D.S. i dr. Синдром повышенной эпителиальной проницаемости в клинической практике. Мультидисциплинарный национальный консенсус. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(1):2758. [Simanenkova V.I., Maev I.V., Tkacheva O.N., Alekseyenko S.A., Andreev D.N., Bordin D.S., et al. Syndrome of increased epithelial permeability in clinical practice. Multidisciplinary national Consensus. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2021;20(1):2758 (In Russ.)]. DOI: 10.15829/1728-8800-2021-2758
10. Hall S.N., Appelman H.D. Autoimmune Gastritis. *Arch Pathol Lab Med.* 2019;143(11):1327-31. DOI: 10.5858/arpa.2019-0345-RA
11. Rodriguez-Castro K.I., Franceschi M., Miraglia C., Russo M., Nouvenne A., Leandro G., et al. Autoimmune diseases in autoimmune atrophic gastritis. *Acta Biomed.* 2018;89(8-S):100-3. DOI: 10.23750/abm.v89i8-S.7919
12. Losik Ye.A., Selivanova L.S., Antonova T.V., Lapina T.L., Tertychny A.S., Ivashkin V.T. Морфологические критерии диагноза аутоиммунного гастрита. *Rossiyskiy jurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii.* 2016;26(5):13-20. [Losik Ye.A., Selivanova L.S., Antonova T.V., Lapina T.L., Tertychny A.S., Ivashkin V.T. Morphological diagnostic criteria of autoimmune gastritis. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2016;26(5):13-20 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-5-13-20
13. German S.V., Zykova I.Ye., Modestova A.V., Yermakov N.V. Распространенность инфекции *H. pylori* среди населения Москвы. *Ros jurn gastroenterol gepatol koloproktol.* 2010;20(2):25-30. [German S.V., Zykova I.Ye., Modestova A.V., Yermakov N.V. Prevalence of *H. pylori* infection in the Moscow population. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2010;20(2):25-30 (In Russ.)].
14. Raxmanin Yu.A., Zykova I.Ye., Fedichkina T.P., Solenova L.G., German S.V., Modestova A.V., Kisilitsin V.A. Изучение территориального распределения инфицированности *Helicobacter pylori* трудоспособного населения г. Москвы в ходе диспансеризации производственных континентов. *Gigiena i sanitariya.* 2013;92(5):79-82. [Raxmanin Yu.A., Zykova I.Ye., Fedichkina T.P., Solenova L.G., German S.V., Modestova A.V., Kisilitsin V.A. Regional

distribution of *Helicobacter pylori* infection of able-bodied population of Moscow at medical examination of the production staff. *Gigiyena i sanitariya* 2013; 92(5):79-82 (In Russ.).

15. Svarval A.V., Ferman R.S., Jebrun A.B. Izuchenie dinamiki prevalentnosti infektsii, obuslovennoy *Helicobacter pylori*, sredi razlichnykh vozrastnykh grupp naseleniya Sankt-Peterburga v 2007-2011 godax. In *Infektsiya i immunitet*. 2012;2(4):741-6. [Svarval A.V., Ferman R.S., Zhebrun A.B. *Helicobacter pylori* prevalence dynamics in different age cohorts of St. Petersburg population in 2007-2011. *Infection and Immunity*. 2012. 2(4):741-6 (In Russ.)].

16. Reshetnikov O.V., Kurilovich S.A., Krotov S.A., Krotova V.A. *Helicobacter* infektsiya v sibirskix populyatsiyax. *Byul. SORAMN*. 2010;30(2):88-93. [Reshetnikov O.V., Kurilovich S.A., Krotov S.A., Krotova V.A. *Helicobacter* infection in populations of Siberia. *Bull. SB RAMS*. 2010; 30(2):88-93 (In Russ.)].

17. Sukanov V.V., Tretyakova O.V., Amelchugova O.S., Kasparov E.V., Rodina D. V., Vasyutin A.V. i dr. Rasprostranennost atroficheskogo gastrita tela jeludka u naseleniya g. Krasnoyarska starshe 45 let. *Rosurn jurn gastroenterol gepatol koloproktol* 2012;22(4):27-31. [Tsukanov V.V., Tretyakova O.V., Amelchugova O.S., Kasparov E.V., Rodina D.V., Vasyutin A.V. et al. Prevalence of atrophic corpus gastritis at Krasnoyarsk over 45 year-old population. *Rus J Gastroenterol Hepatol Colo-proctol*. 2012;22(4):27-31 (In Russ.)].

18. Shtygasheva O.V., sukanov V.V. Rasprostranennost infektsii *Helicobacter pylori* i chastota dispepticheskikh jalob u naseleniya Xakasii. *Rosurn jurn gastroenterol gepatol koloproktol*. 2004;14(1):33-6. [Shtygasheva O.V., Tsukanov V.V. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection and frequency of dispeptic symptoms in Khakasia population. *Rus J Gastroenterol Hepatol Colo-proctol*. 2004;14(1):33-6 (In Russ.)].

19. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H., Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am. J. Surg. Pathol*. 1996;20(10):1161-81. DOI: 10.1097/0000478-199610000-00001

20. Uemura N., Okamoto S., Yamamoto S., Matsumura N., Yamaguchi S., Yamakido M., et al. *H. pylori* infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med*. 2001;345:784-9. DOI: 10.1056/NEJMoa001999

21. Meining A., Bayerdorffer E., Muller P., et al. Gastric carcinoma risk index in patients infected with *Helicobacter pylori*. *Virchows Arch*. 1998;432(4):311-14. DOI: 10.1007/s004280050171

22. Miehle S., Hackelsberger A., Meining A., Hatz R., Lehn N., Malfertheiner P., et al. Severe expression of corpus gastritis is characteristic in gastric cancer patients infected with *Helicobacter pylori*. *Br J Cancer*. 1998;78(2):263-6. DOI: 10.1038/bjc.1998.475

23. Rugge M., Meggio A., Pennelli G., Pisciole F., Giacomelli L., De Pretis G., et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system. *Gut*. 2007;56(5):631 — 6. DOI: 10.1136/gut.2006.106666

24. Aruin L.I., Kononov A.V., Mozgovoy S.I. Mejdunarodnaya klassifikatsiya xronicheskogo gastrita: chto sleduet prinyat i chto vyzivaet somneniya. *Arxiv patologii*. 2009;71(4):11—8. [Aruin L.I., Kononov A.V., Mozgovoy S.I. International classification of chronic gastritis: what to accept or revisit. *Pathology Archive*. 2009; 71(4):11-18. (In Russ.)].

25. Kononov A.V., Potrokhova Ye.A., Mozgovoy S.I., Pomorgaylo Ye.G., Novikov D.G. Novaya meditsinskaya tekhnologiya «Molekularno-geneticheskaya metodika prognoza i patomorfologicheskii monitoring riska razvitiya raka jeludka kishechnogo tipa pri *Helicobacter pylori*-infektsii», razreshenie Federalnoy sluzhby v sfere zdravooxraneniya i sotsialnogo razvitiya № 2010/220 ot 10 iyunya 2010 g., seriya AA 0000001. [Kononov A.V., Potrokhova E.A., Mozgovoy S.I., Pomorgaylo E.G., Novikov D.G. New medical technique “Molecular genetic prognosis and pathomorphological risk monitoring (In Russ.)].

26. Capelle L.G., de Vries A.C., Haringsma J., Borg F.T., de Vries R.A., Bruno M., et al. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(7):1150-8. DOI: 10.1016/j.gie.2009.12.029

27. Kimura K., Takemoto T. An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis. *Endoscopy*. 1969;1(3):87-97. DOI: 10.1055/s-0028-1098086

28. Miwata T., Quach D.T., Hiyama T., Aoki R., Le H.M., Tran P.L., et al. Interobserver and intraobserver agreement for gastric mucosa atrophy. *BMC Gastroenterol.* 2015;15:95. DOI: 10.1186/s12876-015-0327-x
29. Song J.H., Kim S.G., Jin E.H., Lim J.H., Yang S.Y. Risk Factors for Gastric Tumorigenesis in Underlying Gastric Mucosal Atrophy. *Gut Liver.* 2017;11(5):612-9. DOI: 10.5009/gnl16488
30. Pimentel-Nunes P., Libanio D., Lage J., Abrantes D., Coimbra M., Esposito G., et al. A multicenter prospective study of the real-time use of narrow-band imaging in the diagnosis of premalignant gastric conditions and lesions. *Endoscopy.* 2016;48(8):723-30. DOI: 10.1055/s-0042-108435
31. Kononov A.V., Mozgovoy S.I., Shimanskaya A.G. Prižiznennaya patologoanatomicheskaya diagnostika bolezney organov piševaritel'noy sistemy. *Klinicheskie rekomendatsii Rossiyskogo obščestva patologoanatomov.* M.: Prakticheskaya meditsina, 2019; 192. [Kononov A.V., Mozgovoy S.I., Shimanskaya A.G. Life-time morbid anatomy diagnosis of digestive diseases. Clinical recommendations of Russian Society of Pathologists. Moscow: Practical Medicine, 2019; 192 (In Russ.)].
32. Ivashkin V.T., Maev I.V., Sheptulin A.A., Lapina T.L., Truxmanov A.S., Kartavenko I.M., i dr. Klinicheskie rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu funktsional'noy dispepsii. *Ros jurn gastroenterol gepatol koloproktol.* 2017;27(1):50-61. [Ivashkin V.T., Mayev I.V., Sheptulin A.A., Lapina T.L., Trukhmanov A.S., Kartavenko I.M., et al. Diagnosis and treatment of the functional dyspepsia: clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2017;27(1):50-61 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-50-61
33. Ivashkin V.T., Maev I.V., Sarkov P.V., Korolev M.P., Andreev D.N., Baranskaya Ye.K. i dr. Diagnostika i lechenie yazvennoy bolezni u vzroslykh (Klinicheskie rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii, Rossiyskogo obščestva kolorektal'nykh xirurgov i Rossiyskogo endoskopicheskogo obščestva). *Ros jurn gastroenterol gepatol koloproktol.* 2020;30(1):49-70. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Tsar'kov P.V., Korolev M.P., Andreev D.N., Baranskaya Ye.K., et al. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer in Adults (Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association, Russian Society of Colorectal Surgeons and the Russian Endoscopic Society). *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2020;30(1):49-70 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70
34. Carabotti M., Lahner E., Esposito G., Sacchi M.C., Severi C., Annibale B. Upper gastrointestinal symptoms in autoimmune gastritis: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(1):e5784. DOI: 10.1097/ MD.0000000000005784
35. Miceli E., Lenti M.V., Padula D., Luinetti O., Vattiatto C., Monti C.M., et al. Common features of patients with autoimmune atrophic gastritis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012 Jul;10(7):812-4. DOI: 10.1016/j.cgh.2012.02.018
36. Tenca A., Massironi S., Pugliese D., Consonni D., Mauro A., Cavalcoli F., et al. Gastroesophageal reflux and antisecretory drugs use among patients with chronic autoimmune atrophic gastritis: a study with pH-impedance monitoring. *Neurogastroenterol Motil.* 2016;28(2):274-80. DOI: 10.1111/nmo.12723
37. Pruthi H.S., Sharma S.K., Singh B., Anand A.C. Aetiology of upper gastrointestinal haemorrhagean endoscopic study. *Med J Armed Forces India.* 2000;56(3):188-91. DOI: 10.1016/S0377-1237(17)30162-4
38. Biecker E. Diagnosis and therapy of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2015;6(4):172-82. DOI: 10.4292/wjgpt.v6.i4.172
39. Losik Ye.A., Ivashkin V.T. Gematologicheskie proyavleniya autoimmunnogo gastrita. *Ros jurn gastroenterol gepatol koloproktol.* 2016;26(1):37-43. [Losik Ye.A., Ivashkin V.T. Hematological manifestations of autoimmune gastritis. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2016;26(1):37-43 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-1-37-43
40. Rusak E., Chobot A., Krzywicka A., Wenzlau J. Anti-parietal cell antibodies — diagnostic significance. *Adv Med Sci.* 2016;61(2):175-9. DOI: 10.1016/j.advms.2015.12.004
41. Lahner E., Norman G.L., Severi C., Encabo S., Shums Z., Vannella L., et al. Reassessment of intrinsic factor and parietal cell autoantibodies in atrophic gastritis with respect to cobalamin deficiency. *Am J Gastroenterol.* 2009;104(8):2071-9. DOI: 10.1038/ajg.2009.231

42. Huang Y.K., Yu J.C., Kang W.M., Ma Z.-Q., Ye X., Tian S.-B., et al. Significance of serum pepsinogens as a biomarker for gastric cancer and atrophic gastritis screening: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(11):e0142080. DOI: 10.1371/journal.pone.0142080
43. Zagari R.M., Rabitti S., Greenwood D.C., Eusebi L.H., Vestito A., Bazzoli F. Systematic review with meta-analysis: diagnostic performance of the combination of pepsinogen, gastrin-17 and anti-*Helicobacter pylori* antibodies serum assays for the diagnosis of atrophic gastritis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;46(7):657-67. DOI: 10.1111/apt.14248
44. Watabe H., Mitsushima T., Yamaji Y., Okamoto M., Wada R., Kokubo T., et al. Predicting the development of gastric cancer from combining *Helicobacter pylori* antibodies and serum pepsinogen status: a prospective endoscopic cohort study. *Gut*. 2005;54(6):764-8. DOI: 10.1136/gut.2004.055400
45. Kurilovich S., Belkovets A., Reshetnikov O., Openko T., Malyutina S., Ragino Y., et al. Stomach-specific Biomarkers (GastroPanel) Can Predict the Development of Gastric Cancer in a Caucasian Population: A Longitudinal Nested Case-Control Study in Siberia. *Anticancer Res*. 2016;36(1):247-53. PMID: 26722050
46. Pimentel-Nunes P., Libanio D., Marcos-Pinto R., Areia M., Leja M., Esposito G., et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European *Helicobacter* and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. *Endoscopy*. 2019;51(4):365—88. DOI: 10.1055/a-0859-1883
47. Banks M., Graham D., Jansen M., Gotoda T., Coda S., di Pietro M., et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma. *Gut*. 2019;68(9):1545—75. DOI: 10.1136/gutjnl-2018-318126
48. Zhao Z., Yin Z., Wang S., Wang J., Bai B., Qiu Z., et al. Meta-analysis: The diagnostic efficacy of chromoendoscopy for early gastric cancer and premalignant gastric lesions. *J Gastroenterol Hepatol*. 2016;31(9):1539—45. DOI: 10.1111/jgh.13313
49. Ang T.L., Pittayanon R., Lau J.Y., Rerknimitr R., Ho S.H., Singh R., et al. A multicenter randomized comparison between high-definition white light endoscopy and narrow band imaging for detection of gastric lesions. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2015;27(12):1473—8. DOI: 10.1097/MEG.0000000000000478
50. Kikuste I., Marques-Pereira R., Monteiro-Soares M., Pimentel-Nunes P., Areia M., Leja M., et al. Systematic review of the diagnosis of gastric premalignant conditions and neoplasia with high-resolution endoscopic technologies. *Scand J Gastroenterol*. 2013;48(10):1108—17. DOI: 10.3109/00365521.2013.825315
51. Pimentel-Nunes P., Dinis-Ribeiro M., Soares J.B., Marcos-Pinto R., Santos C., Rolandaet C., et al. A multi-center validation of an endoscopic classification with narrow band imaging for gastric precancerous and cancerous lesions. *Endoscopy*. 2012;44(z):236—46. DOI: 10.1055/s-0031-1291537
52. East J.E., Vleugels J.L., Roelandt P., Bhandari P., Bisschops R., Dekker E., et al. Advanced endoscopic imaging: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technology Review. *Endoscopy*. 2016;48(11):1029—45. DOI: 10.1055/s-0042-118087