

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ “ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ”**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»

**Директор ГУ «РСНПМЦХ
имени академика В. Вахидова»**

С.И. Исмаилов



С.И. Исмаилов 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ “ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ”**

Ташкент – 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ И
ДИАГНОСТИКИ ПО НОЗОЛОГИИ “ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ”**

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Код(ы) по МКБ-10 и МКБ-11

| МКБ-10 | |
|---------------|---|
| K26 | Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки |
| K26.0 | Острая с кровотечением |
| K26.1 | Острая с прободением |
| K26.2 | Острая с кровотечением и прободением |
| K26.3 | Острая без кровотечения или прободения |
| K26.4 | Хроническая или неуточненная с кровотечением |
| K26.5 | Хроническая или неуточненная с прободением |
| K26.6 | Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением |
| K26.7 | Хроническая без кровотечения или прободения |
| K26.9 | Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения |
| | https://mkb-10.com/index.php?pid=10126 |

| МКБ-11 | |
|---------------|---|
| DA63 | Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки |
| DA63.0 | Эрозия двенадцатиперстной кишки |
| DA63.1 | Язва двенадцатиперстной кишки, связанная с <i>Helicobacter pylori</i> |
| DA63.2 | <i>Helicobacter-pylori</i> -ассоциированная и лекарственно-индуцированная язва двенадцатиперстной кишки |
| DA63.3 | Стрессовая язва двенадцатиперстной кишки |
| DA63.4 | Эозинофильная язва двенадцатиперстной кишки |
| DA63.5 | Язва двенадцатиперстной кишки вызванная внешними причинами |
| DA63.6 | Инфекционная язва двенадцатиперстной кишки |
| DA63.Y | Другая уточненная язва двенадцатиперстной кишки |
| DA63.Z | Язва двенадцатиперстной кишки, неуточненная |
| | https://mkb11.online/113770#subitems |

Дата разработки и пересмотра протокола: 30 мая 2025г., дата пересмотра 2028г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова».

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад: ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова».

Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов:

| | |
|------------------------------------|--|
| Руководитель рабочей группы | Исмаилов Сайдимурад Ибрагимович Директор ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», д.м.н., профессор |
| Ответственные исполнители | Гуломов Олимжон Мирзахитович Руководитель отделения торакоабдоминальной онкохирургии ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», д.м.н. |
| | Мухамедов Ботир Закирович Заведующий отделением торакоабдоминальной онкохирургии ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» |

Рецензенты:

| | |
|--------------------|---|
| Рецензенты: | Махмудов Улугбек Маруфжанович - Старший научный сотрудник отделения гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени №2 д.м.н. |
| | Маликов Мирзобадал Халиваевич – заведующий кафедрой хирургических болезней №2 имен. академика Усмонов Н.У. Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абу Али ибн Сино» д.м.н., доцент |

Обсуждение клинического протокола было проведено на заседании Ученого Совета ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» - **протокол №3 от 15.03.25г.**

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Руководитель отделения Гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени №1, главный хирург при Министерстве Здравоохранения РУз д.м.н. профессор - Акбаров Миршавкат Миралимович.

2. Руководитель отделения Взрослой кардиохирургии д.м.н. профессор – Алиев Шерзод Махмудович.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Оценка приемлемости и используемости в практике клинических протоколов проведено совместно с представителями практического звена здравоохранения города Ташкента и Ташкентской области.

Практикующие врачи:

1. врач общей практики
2. врач хирург
3. терапевт
4. детский хирург
5. гастроэнтеролог

Пользователи протокола:

- организаторы здравоохранения
- специалисты высших учебных заведений
- специалисты научно-практических медицинских центров
- специалисты ведомственной медицинской службы(МВД)
- врач общей практики
- общие хирурги
- детские хирурги
- терапевты
- педиатры

Категория пациентов в данной нозологии: взрослые и дети.

Шкала оценки рекомендации по классам

| Класс рекомендации | Определение | Значение |
|---------------------------|---|--------------------------|
| I | Доказано, что конкретные методы лечения/обследования/вмешательств полезны и эффективны или являются общепринятыми, а потенциальная польза очевидна по сравнению с потенциальным риском и значительно превосходит его. | Рекомендовано |
| II | Данные, противоречащие пользе/эффективности конкретного лечения/обследования/вмешательства и/или противоречащее мнение или неопределенность в отношении пользы/риска. | Может быть рекомендовано |
| IIa | Большая часть данных / мнений показывает преимущества / эффективность. | |
| IIb | Данные / мнения менее убедительно свидетельствуют о пользе / эффективности. | Очень осторожно |
| III | Информация о конкретном лечении / исследовании / процедуре / вмешательстве или единственное мнение, которое не является полезным / эффективным или о том, что потенциальный риск перевешивает потенциальную пользу. | Не рекомендуется |

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

| УДД | Расшифровка |
|------------|---|
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |

| | |
|---|---|
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

| УДД | Расшифровка |
|-----|--|
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

| УУР | Расшифровка |
|-----|---|
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| С | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

Сокращения, используемые в протоколе представлены в таблице №2.

| | |
|------------------|--|
| АБС | абдоминальный болевой синдром |
| АД | артериальное давление |
| АЛТ | аланинаминотрансфераза |
| АСТ | аспартатаминотрансфераза |
| АФК | активные формы кислорода |
| БУТ | быстрый уреазный тест |
| ВНС | вегетативная нервная система |
| ВОПТ | верхние отделы пищеварительного тракта |
| ДПК | двенадцатиперстная кишка |
| ЖКТ | желудочно-кишечный тракт |
| ИПН | ингибиторы протонного насоса |
| ЛФК | лечебная физкультура |
| НПВС | нестероидные противовоспалительные препараты |
| <i>H. pylori</i> | <i>Helicobacter pylori</i> |
| СО | слизистая оболочка |
| УЗИ | ультразвуковое исследование |
| ЭГДС | эзофагогастродуоденоскопия |
| ЭКГ | электрокардиография |
| ЭхоКГ | эхокардиография |
| ЯБ | язвенная болезнь |
| ЯБДПК | язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки |
| ЯБЖ | язвенная болезнь желудка |
| CMV | цитомегаловирус (герпес-вирус 5 типа) |
| EBV | Эпштейн-Барр вирус (герпес-вирус 4 типа) |
| HHV 1 типа | герпес-вирус человека 1 типа |
| HHV 2 типа | герпес-вирус человека 2 типа |

Таб.№2 список сокращений

ОГЛАВЛЕНИЕ

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО
НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ».....5

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ».....28

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПРОФИЛАКТИКА И/ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ».....40

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

2.1. Введение

Язвенная болезнь, несмотря на совершенствование профилактических и лечебно-диагностических методов, остаётся одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта [2,5]

Значимость данной проблемы в основном обусловлена широкой распространённостью и встречается у 5-10% лиц среди населения. В частности, ЯБДПК выявляется у 6-10 % населения мира. Заболевание значительно чаще встречается у мужчин: среди мужчин и женщин в соотношении 2:1 при язвенной болезни желудка и в соотношении 4:1 при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Выраженный половой диморфизм язвенной болезни с высокой частотой встречаемости у мужчин в возрасте после 20 лет и заметным снижением к 40 годам при параллельном нарастании в этом же возрастном периоде уровня заболеваемости у женщин может указывать на несомненное участие в ее генезе гормонального звена репродуктивной системы [3, 11].

В возрастных группах язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается чаще от 25 до 50 лет, а язвенная болезнь желудка - от 40 до 60 лет. Вследствие этого возможны некоторые особенности в диагностике язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у пациентов разных возрастных групп обусловленные клиническим течением самой язвенной болезни. В последние годы отмечают тенденцию к снижению частоты госпитализации по поводу неосложнённой язвенной болезни при повышении частоты выявления язвенных кровотечений, обусловленных возросшим приёмом НПВП [4].

2.2. Определение:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) – хроническое рецидивирующее мультифакторное заболевание, проявляющееся образованием язвенных дефектов в стенке слизистой двенадцатиперстной кишке (ДПК) с возможным прогрессированием и развитием осложнений. [5]

2.3. Клиническая классификация:

Общепринятой классификации ЯБДПК не существует. Прежде всего, в зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H. pylori* выделяют ЯБ, ассоциированную и неассоциированную с инфекцией *H. pylori*. Последнюю форму иногда также называют идиопатической. Также различают ЯБ как самостоятельное заболевание (эссенциальная язвенная болезнь) и симптоматические язвы двенадцатиперстной кишки (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних органов), которые возникают на фоне других заболеваний и по механизмам своего развития связаны с особыми этиологическими и патогенетическими факторами [7].

В зависимости от локализации выделяют язвы двенадцатиперстной кишки - луковицы, постбульбарного отдела, а также сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и двенадцатиперстной кишки [4].

По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта – язвы малых (до 0,5 см в диаметре) и средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0 - 3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы. В диагнозе отмечают стадию течения заболевания: обострения, рубцевания (эндоскопически подтвержденная стадия «красного» и «белого» рубца) и ремиссии, а также имеющаяся рубцово-язвенная деформация желудка и двенадцатиперстной кишки [8].

При формулировке диагноза указываются наличие осложнений ЯБДПК (в том числе, и анамнестических): кровотечений, прободения, пенетрации, рубцово-язвенного стеноза привратника, а также характер оперативных вмешательств, если они проводились [12]. На таблице №3 представлены краткое описание вида язв.

| Виды язвы | Причины | Клинические проявления |
|---|---|--|
| Стрессовые (вследствие ишемии слизистой оболочки) Локализация в желудке | Травма, в том числе черепно-мозговая (язвы Кушинга), при ожогах (язвы Курлинга), шоке, обморожениях и т.д. | Болевой синдром чаще отсутствует, первым признаком является остро возникшее кровотечение, реже перфорация. |
| Медикаментозные (вследствие нарушения выработки простагландинов и слизи, снижения темпов регенерации) | Терапия НПВП, кортикостероидами системного действия Противоопухолевым и препаратами (цитостатиками) и др. | Чаще протекают бессимптомно, проявляются внезапно возникшим кровотечением. Иногда сопровождаются изжогой, болями в эпигастрии, тошнотой |
| Эндокринные | Сахарный диабет (изменяются сосуды подслизистого слоя по типу микроангиопатии, снижается уровень трофических процессов) | Локализуются в желудке, малосимптомны, иногда осложняются кровотечением. |
| | Синдром Золлингера-Эллисона (выявляется выраженная гиперацидность, повышение гастрина в сыворотке крови) | Имеет крайне тяжелое течение, множественная локализация язв, упорная диарея. |
| | Гиперпаратиреоз | Локализация чаще в ДПК, тяжелое течение с частыми рецидивами и склонностью к кровотечению и перфорации, характерны признаки повышенной функции паращитовидных желез: |

| | | |
|---|--|--|
| Гепатогенные (нарушение кровотока в воротной вене, нарушение инактивации гистамина в печени, трофические и микроциркуляторные расстройства) | Цирроз печени, хронический гепатит | Локализуются чаще в желудке, реже в ДПК. Клиническая картина обычно стерта и атипична, язвы плохо поддаются терапии, отличаются торпидностью течения |
| Панкреатогенные (нарушение поступления бикарбонатов в кишечник при одновременном увеличении высвобождения кининов и гастрин) | Панкреатит | Локализуются обычно в ДПК. Для язв характерен выраженный болевой синдром, связь с приемом пищи. Течение язвенного процесса упорное, но осложнения наблюдаются редко. |
| Гипоксические (длительная гипоксия желудка) | Хронические заболевания легких и сердечно-сосудистой системы | Выраженная клиническая симптоматика, склонность к кровотечению |
| https://www.lspbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_terapii_fakultetskoy/lektsii/gastroenterology3.pdf?ysclid=luc101dmp823299172 | | |

Таб.№3 Виды язв.

3. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

I. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

1. Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Всем пациентам с подозрением на ЯБДПК, при отсутствии противопоказаний, для подтверждения диагноза рекомендуется проведение эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС)

(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

2. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Рекомендовано проведение всем пациентам с ЯБДПК общего (клинического) анализа крови, развернутого с целью комплексной диагностики анемии (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты);
- Пациентам с ЯБДПК с дефицитом железа/анемией рекомендовано проведение исследования кала на скрытую кровь с целью диагностики скрытого кровотечения; (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

3. Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов:

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, мочевины, креатинин, электролиты, глюкоза крови);
- коагулограмма (АЧТВ, МНО, Фибриноген, ПВ, ПТИ);
- группа крови и резус фактор;
- ЭКГ;
- ЭхоКГ;
- Спирография;
- исследование крови на ВИЧ методом ИФА;
- ИФА на гепатит В, С;
- Реакция Вассермана.

(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

4. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- УЗИ брюшной полости;

- ЭГДФС со взятием прицельной биопсии;
- Рентгеноскопия грудной клетки;
- Рентген контрастное исследование ЖКТ с барием;
- МСКТ органов брюшной полости.

(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

5. Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- ЭКГ.

II. Диагностические критерии (описание достоверных признаков заболевания в зависимости от степени тяжести процесса):

- Боль в животе. Боль при типичном течении ЯБДПК достаточно интенсивная, локализуются в основном в эпигастральной и параумбиликальной области, возникает регулярно. Боль принимает ночной, "голодный" характер. Боль может быть ранней (возникает после приема пищи в течение 30-60 мин) и поздней (через 2-3 часа после еды). По характеру боли могут быть различными от ноющих до режущих и приступообразных, часто выявляется положительный симптом Менделя.
- При атипичном течении заболевания (чаще в младшем возрасте) не определяется какая-либо закономерность возникновения и трансформации АБС, могут отсутствовать диспепсические жалобы, клиническая картина ЯБДПК протекает под "маской" болей в груди, холецистита, панкреатита, печеночной или почечной колики.
- Кишечная диспепсия при ЯБДПК проявляется в виде рвоты, чувства тяжести или давления в подложечной области после еды, отрыжки, тошноты, жжения в эпигастрии и изжоги.

- Снижение аппетита, задержка физического развития, а также склонность к запорам или неустойчивый характер стула. Прогрессирование заболевания так же, как и персистирование АБС сопровождается усилением эмоциональной лабильности, нарушением сна, повышенной утомляемостью и другими проявлениями астенического и депрессивного синдромов (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>).

1. Анамнез и жалобы больного:

- Жгучая, ноющая боль в пилородуоденальной зоне, чаще натощак; облегчение боли после приема пищи; диспепсический синдром (тошнота, рвота, изжога, отрыжка и т.д.).
- Язвенный анамнез.
- Наследственная предрасположенность.
- Характер питания (нарушение режима питания, злоупотребление острой, копченой, жареной пищей, газированных напитков, сухоедение);
- Приём НПВС, ГКС, анальгетики. [12]

2. Физикальное обследование:

общий осмотр:

- Ведущий клинический симптом: боли в эпигастральной области и справа от срединной линии, ближе к пупку, нередко иррадируют в спину, поясницу, правое плечо, лопатку, эпигастральную область.
- Боли по характеру: приступообразные, колющие, режущие.
- Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка).
- При язвах луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2-3 часа после еды), боли натощак. Часто отмечаются ночные боли. «Мойнингановский» ритм болей: голод – боль – прием пищи – облегчение.
- Боли проходят после приема антацидов, антисекреторных и спазмолитических препаратов, применения тепла.

- Диспепсический синдром: изжога (ранний и наиболее частый симптом), отрыжка, тошнота, запоры.
- Симптомы хронической интоксикации и астено-вегетативные нарушения. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

пальпация:

- Положительный симптом Менделя;
- Поверхностная пальпация живота болезненна, глубокая – затруднена вследствие защитного напряжения мышц передней брюшной стенки.
- Симптом мышечной защиты передней брюшной стенки.

3. Лабораторные исследования:

- ОАК - анемия, лейкопения, относительный нейтрофилез, эозинофилия, моноцитоз, при наличии осложнений – лейкоцитоз.
- Биохимический анализ крови (снижение уровня общего белка, диспротеинемия, сидеропения, изменения уровня холестерина, билирубина, трансаминаз – чаще при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки).
- Копрограмма: синдром вторичной мальабсорбции;
- Кал на скрытую кровь – положительный результат;
- Положительный уреазный дыхательный тест; [12]

4. Инструментальные исследования.

ЭГДФС:

- Выявление язвенного дефекта, его размера, признаков кровотечения;
- При необходимости гистологическое исследование.

Рентген контрастное исследование ЖКТ:

- выявление "ниши" на контуре или на рельефе слизистой оболочки;
- симптом «указующий перст»;
- свободный газ в брюшной полости;
- выявление признаков сужения просвета, нарушения моторики и эвакуации;

УЗИ брюшной полости:

- при перфорации язвы наличие пузырьков газа над поверхностью печени, свободная жидкость в левой поддиафрагмальной области.

КТ (или МСКТ):

- наличие и локализация перфорационного отверстия
- наличие свободного газа в брюшной полости
- объем и характер выпота и других патологических изменений.

5. Показания для консультации узких специалистов:

- консультация узких специалистов при наличии прочей сопутствующей патологии.

6. Дифференциальный диагноз:

Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами двенадцатиперстной кишки. К симптоматическим дуоденальным язвам относятся стрессовые и лекарственные язвы, язвы при эндокринных заболеваниях и при некоторых других заболеваниях внутренних органов [7].

К стрессовым дуоденальным язвам относят острые, обычно множественные язвы двенадцатиперстной кишки, возникающие при распространенных ожогах (язвы Курлинга), после черепно-мозговых травм и нейрохирургических операций (язвы Кушинга), после обширных полостных операций, особенно связанных с трансплантацией органов, при остром инфаркте миокарда, у больных с терминальной стадией хронической почечной и печеночной недостаточности и других критических состояниях.

Стрессовые язвы часто протекают малосимптомно, отличаются склонностью к желудочно-кишечным кровотечениям (их частота достигает 40-45%) и характеризуются высокой летальностью, обусловленной часто тяжелым течением фонового заболевания [4].

Среди лекарственных язв двенадцатиперстной кишки наибольшее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-гастропатия), блокирующих фермент циклооксигеназу-1, отвечающий за синтез простагландинов в стенке желудка.

Гастродуоденальные язвы возникают у 20-25% больных, длительно принимающих НПВП, эрозивные поражения - более чем у 50% пациентов, К факторам риска их развития относятся пожилой возраст больных, наличие в анамнезе ЯБ, сопутствующие заболевания сердечнососудистой системы и печени, высокая доза НПВП, одновременный прием антикоагулянтов [6,11].

Дуоденальные язвы и эрозии, обусловленные приемом НПВП, также часто имеют множественный характер, нередко протекают малосимптомно и манифестируются внезапными желудочно-кишечными кровотечениями (меленой или рвотой содержимым типа «кофейной гущи»). Риск их развития у таких пациентов возрастает в 4-5 раз.

К язвам двенадцатиперстной кишки, возникающим на фоне эндокринных заболеваний, относят дуоденальные язвы у больных с синдромом Золлингера-Эллисона и гиперпаратиреозом. Патогенез дуоденальных язв при синдроме Золлингера-Эллисона связан с резкой гиперсекрецией соляной кислоты в результате наличия у больных гастринпродуцирующей опухоли (чаще всего в поджелудочной железе). Эти язвы обычно бывают множественными, локализуются не только в желудке и двенадцатиперстной кишке, но и в тощей кишке, а иногда и пищеводе, протекают с выраженным болевым синдромом, упорной диареей. При обследовании таких больных отмечается резко повышенный уровень желудочного кислото-выделения (особенно в базальных условиях), определяется увеличенное содержание сывороточного гастрина (в 3-4 раза по сравнению с нормой). В распознавании синдрома Золлингера-Эллисона помогают провокационные тесты с (секретином, глюкагоном), ультразвуковое исследование и КТ поджелудочной железы [5].

Дуоденальные язвы у больных гиперпаратиреозом отличаются от язвенной болезни (помимо тяжелого течения с частыми рецидивами, склонностью к кровотечениям и перфорации) наличием признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечной слабости, болей в костях, жажды, полиурии). Диагноз ставится на основании определения

содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, выявления признаков гиперпаратиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств.

Кроме того, выделяют симптоматические язвы при хронических заболеваниях внутренних органов: у больных с циррозами печени (гепатогенные язвы), хроническим панкреатитом (панкреатогенные), хроническими неспецифическими заболеваниями легких, распространенным атеросклерозом, полицитемией, системным мастоцитозом, карциноидным синдромом. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки при болезни Крона, которые иногда также относят к симптоматическим гастродуоденальным язвам, на самом деле представляют собой самостоятельную форму болезни Крона с поражением двенадцатиперстной кишки [5].

При обнаружении язвенных поражений в двенадцатиперстной необходимо обязательно проводить дифференциальный диагноз между доброкачественными язвами, малигнизацией язв и инфильтративноязвенной формой рака ДПК.

При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях злокачественных изъязвлений двенадцатиперстной выявляют неправильную форму язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, инфильтрацию слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки двенадцатиперстной в месте изъязвления. Большую помощь в оценке характера поражения стенки двенадцатиперстной в месте изъязвления, а также состояния региональных лимфатических узлов может дать эндоскопическая ультра-сонография. Окончательное заключение о характере язвенного поражения выносится после гистологического исследования биоптатов язвы. С учетом возможности ложноотрицательных результатов биопсию следует проводить повторно, вплоть до полного заживления язвы, с взятием при каждом исследовании не менее 3-4 кусочков ткани [8].

Ниже на рисунке №1 представлен диагностический алгоритм действия врача при язвенной болезни [12].

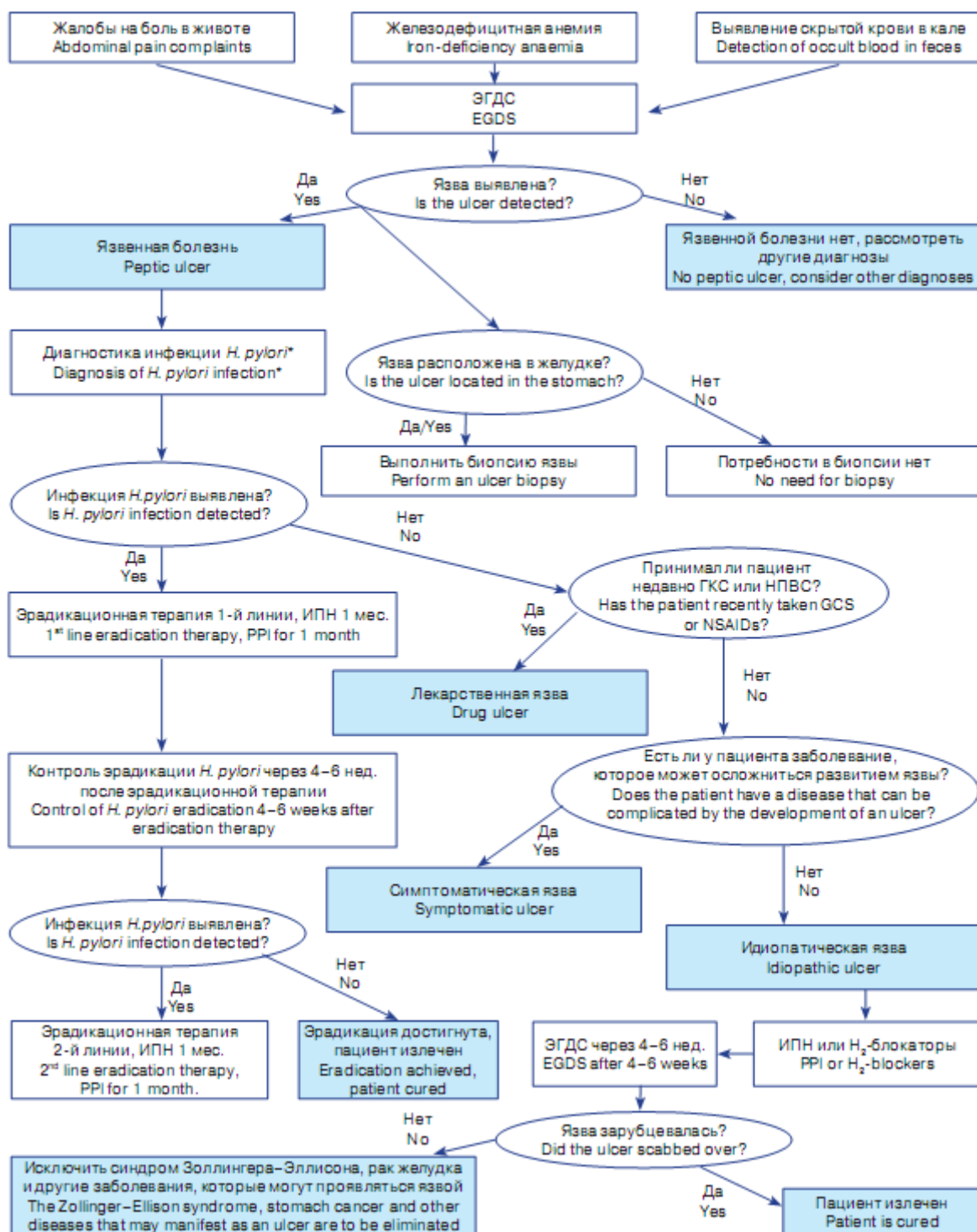


Рис.№1 Алгоритм действия врача при ЯБДПК

7. Показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- ЯБДПК осложненная кровотечением, перфорацией и выраженным болевым синдромом.

Показания для плановой госпитализации [12]:

- язвенная болезнь тяжёлого течения, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, не поддающаяся эрадикации;
- язвенная болезнь, осложненная стенозированием;
- язвенная болезнь желудка при отягощённом семейном анамнезе с целью исключения малигнизации;
- язвенная болезнь с синдромом взаимного отягощения (сопутствующие заболевания).

8. Цели лечения:

- купирование активного воспаления в слизистые оболочки ДПК;
- купирование болевого и диспепсического синдромов;
- эрадикация *H.pylori*.
- снижение кислотно-протеолитической агрессии желудочного сока;
- ускорение процессов репарации и заживление язвенного дефекта;
- предупреждение осложнений и возникновения рецидивов заболевания
- повышение качества жизни;

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>

4. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ:

Всем пациентам с обострением ЯБДПК с целью заживления язвенного дефекта рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса. При осложненных язвах– оперативные вмешательства в зависимости от осложнения [10].

1. Немедикаментозное лечение:

- диета №1А на 5-7 дней: молоко (при переносимости), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли.
- диета №1Б на 14 дней: с расширением диеты – сухари, мясо, рыба, каши

протертые, супы из круп на молоке, соль в умеренном количестве.

- диета №1 с соблюдением принципа механического и химического щажения.

Длительность щадящей диеты зависит от эффективности терапии, при улучшении состояния диету расширяют, возможны чередования стола №1 с расширением диеты, можно использовать и стол №5 [4].

2. Медикаментозное лечение:

При хронической или острой язвенной болезни и при отсутствии показаний к оперативному вмешательству показано консервативное лечение. Основные препараты представлены в таб. №4 и №5.

Таб.№4. Перечень основных лекарственных средств, 100%применяемых при ЯБДПК

| УУР | Фармако-терапевтическая группа | МНН лекарственного средства | Способ применения | Уровень доказанности |
|-----|---|---|---|---|
| В | Средство снижающее секрецию желудка – ингибитор протонного насоса | Омепразол Пантапрозол Рабепразол Эзомепразол | Внутрь per os / в/в Капсулы по 20мг, 30мг, 40мг. Порошок для внутривенного применения 40мг. | Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/ |

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|--|
| А | Фнтибиотики группы макролид | Кларитромицин (clarithromycin) | Внутрь per os. Таблетки по 500мг. | Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/ |
| А | Антибиотик группы полусинтетических пенициллинов | Амоксициллин (amoxicillin) | Внутрь per os. Таблетки по 500мг. | Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/ |
| В | Гастропротекторное средство | Ребамипид Rebamipide-SZ | Внутрь per os. Таб., покр. пленочной оболочкой, 100 мг. | Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/ |

Таб.№5. Перечень дополнительных лекарственных средств, применяемых при ЯБДПК (вероятность применения которых менее 100%).

| УУР | Фармако-терапевтическая группа | МНН лекарственного средства | Способ применения | Уровень доказанности |
|------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| С | Блокатор гистаминовых H2-рецепторов | Ранитидин (Ranitidine) Фамотидин (Famotidine) | Таб., покр. пленочной оболочкой, 150 мг, 300мг | Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ |
| С | Антацидное средство + ветрогонное средство | Симальгель (Simalgel-VM) Альмагель Маалокс | Сусп. д/приема внутрь 81 мг + 20мг + 25 мг/мл: 125 или 300 мл фл | Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/ |
| С | Прокинети́ческое средство, антагонист дофаминовых рецепторов | Домперидон | Таблетка для приема внутрь 10мг, 3 раза | Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ |
| С | Противорвотное средство | Метоклопрамид | Таблетки для приема внутрь 10мг 2 раза в день | Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ |

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ
БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ»

Ташкент - 2025

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

1.1. Введение

Пациентов с осложненными формами ЯБ двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация и др.) рекомендуется госпитализировать с целью решения вопроса об оперативном лечении в стационар хирургического профиля. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5). Комментарии: Пациентов, страдающих осложненным течением язвенной болезни, как правило, необходимо госпитализировать в стационар в экстренном порядке. Лечение язвенного кровотечения целесообразно начинать в отделении интенсивной терапии. Главной задачей лечения в отделении интенсивной терапии является стабилизация состояния пациента — восполнение объема циркулирующей крови, борьба с проявлениями гиповолемического шока, адекватное обезболивание, лечение декомпенсированных сопутствующих заболеваний и синдрома системной воспалительной реакции, после чего могут быть применены хирургический и/или эндоскопический методы лечения [10].

Важно отметить, что при язвенном кровотечении риск смерти коморбидного пациента прямо коррелирует с количеством сопутствующих заболеваний [14]. Это, в свою очередь, требует от врача очень большой внимательности при работе с коморбидными пациентами и анализа всех факторов риска развития осложнений язвенной болезни до момента их реализации [5].

Пациентам с язвенным кровотечением проведение эзофагогастродуоденоскопии с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые 2 часа после госпитализации [3,9]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).

Пациентам с язвенным кровотечением повторную эзофагогастродуоденоскопию с целью динамического контроля источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить только

при рецидиве кровотечения и в случае высокого риска его развития [6,7]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1).

Пациентам с язвенным кровотечением экстренное хирургическое вмешательство с целью верификации источника кровотечения и его остановки рекомендуется проводить при неэффективности эндоскопического гемостаза в максимально ранние сроки [10, 14]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 2).

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

I. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

1. Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Всем пациентам с подозрением на ЯБ, при отсутствии противопоказаний, для подтверждения диагноза рекомендуется проведение эзофагогастро-дуоденофиброскопии(ЭГДФС). https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf).

2. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Рекомендовано проведение всем пациентам с ЯБ общего (клинического) анализа крови, развернутого с целью комплексной диагностики анемии (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты);

- Пациентам с ЯБ с дефицитом железа/анемией рекомендовано проведение исследования кала на скрытую кровь с целью диагностики скрытого кровотечения (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf);

3. Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов:

- ОАК;
- ОАМ;

- биохимический анализ крови (общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, мочеви́на, креатинин, электролиты, глюкоза крови);
- коагулограмма (АЧТВ, МНО, Фибриноген, ПВ, ПТИ);
- группа крови и резус фактор;
- ЭКГ;
- ЭхоКГ;
- Спирография;
- исследование крови на ВИЧ методом ИФА;
- ИФА на гепатит В, С;
- Реакция Вассермана; (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

4. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом:

- УЗИ брюшной полости;
- ЭГДФС со взятием прицельной биопсии;
- Рентгеноскопия грудной клетки;
- Рентген контрастное исследование ЖКТ с барием;
- МСКТ органов брюшной полости.

(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

5. Показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- ЯБДПК осложненная кровотечением, перфорацией и выраженным болевым синдромом.

Показания для плановой госпитализации:

- ЯБДПК осложненная малигнизацией, стенозированием, длительно неподдающийся лечению болевым синдромом [12].

6. Цели лечения:

- купирование активного воспаления в слизистой ДПК;
 - купирование болевого и диспепсического синдромов;
 - эрадикация *H.pylori*.
 - снижение кислотно-протеолитической агрессии желудочного сока;
 - ускорение процессов репарации и заживление язвенного дефекта;
 - предупреждение осложнений и возникновения рецидивов заболевания;
- повышение качества жизни;

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ:

Всем пациентам с обострением ЯБ с целью заживления язвенного дефекта рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса. При осложненных язвах– оперативные вмешательства в зависимости от осложнения [4,12].

1. Немедикаментозное лечение.

2. Медикаментозное лечение.

3. Санаторно-курортное лечение.

4. Хирургическое лечение ЯБ:

- Пациентов с осложненными формами ЯБ двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация и декомпенсированная стадия рубцового стеноза) рекомендуется госпитализировать с целью оперативного лечения в стационар хирургического профиля [3,9,10]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).
- Пациентам с язвенным кровотечением проведение эзофагогастро-дуоденоскопии с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые 2 часа после госпитализации [5,12]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с язвенным кровотечением повторную эзофагогастро-дуоденоскопию с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить только при рецидиве кровотечения и в случае высокого риска его развития [5,6,11]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Пациентам с язвенным кровотечением экстренное хирургическое вмешательство с целью верификации источника кровотечения и его остановки рекомендуется проводить при неэффективности эндоскопического гемостаза в максимально ранние сроки [3,9,11]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).
- Пациентам с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки рекомендуется проведение экстренной операции с целью ликвидации перфорационного отверстия [9,10]. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

5. Выбор метода оперативного вмешательства.

Кровотечение из дуоденальных язв и их перфорацию, являющееся осложнением язвенной болезни, вне зависимости от продолжительности язвенного анамнеза следует рассматривать как показание к проведению радикального оперативного вмешательства до возникновения повторной геморрагии. Оперативное лечение кровоточащих симптоматических язв патогенетически необоснованно и должно рассматриваться как вынужденная мера, направленная исключительно на достижение окончательного гемостаза только при неэффективности эндогемостаза и фармакотерапии. Наиболее адекватным с точки зрения патогенетической обоснованности и радикальности методом оперативного лечения дуоденальных язв, осложненных кровотечением, при язвенной болезни является дистальная резекция желудка в объеме не менее 2/3. При этом для адекватного угнетения кислотопродуцирующей функции желудка при язвенной болезни ДПК показана дистальная резекция не менее $\frac{3}{4}$ желудка; при язвенной болезни желудка – дистальная резекция не менее 2/3 желудка.

Непосредственные результаты оперативных вмешательств зависят от возраста пациентов, срочности операции и метода ее выполнения. Максимальное количество ранних послеоперационных осложнений и летальных исходов имеет место у пациентов пожилого и старческого возраста, при экстренных оперативных вмешательствах, производимых на фоне рецидива язвенного кровотечения, при проведении прошивания кровоточащей язвы со стволовой ваготомией, резекций желудка «на выключение». Следует избегать проведения оперативных вмешательств в экстренном порядке, и, прежде всего, на фоне рецидива гастродуоденального язвенного кровотечения, а также у больных пожилого и старческого возраста. Следует воздерживаться от использования в клинической практике таких методов оперативных вмешательств как прошивание кровоточащей язвы, в т.ч. дополненного ваготомией, и резекции желудка «на выключение», поскольку операции с оставлением кровоточащей язвы являются неприемлемыми вследствие неадекватности достижения окончательного гемостаза и возможности послеоперационного рецидива язвенного кровотечения.

При использовании для объективизации оценки тяжести состояния пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами Мангеймского индекса перитонита (МИП) и оценки операционного риска по МНОАР у 97% от всех пациентов с имеющимися показаниями к первично радикальной операции при ЯБ оказывается возможным проведение радикального в отношении язвенной болезни оперативного вмешательства. При этом факторами, исключающими возможность выполнения резекции желудка, являются МИП > 20 баллов и IV-V степени операционно-анестезиологического риска по МНОАР. Внедрение алгоритмизированного тактического подхода при ПГДЯ, основанного на объективной оценке показаний и поэтапном исключении противопоказаний к первично-радикальным вмешательствам позволяет повысить долю первично-радикальных операций до 27,9% при уменьшении уровня послеоперационных осложнений и летальности при перфоративных дуоденальных язвах до 5,2% и 2,9% соответственно. [7,9]

Выбор метода резекции желудка при вмешательствах в экстренном и срочном порядке, должен быть основан на интраоперационной оценке состояния пилоро-бульбарного сегмента и определении наличия и стадии хронического нарушения дуоденальной проходимости. В случаях наличия объективных трудностей при мобилизации пилоро-бульбарного сегмента (в т.ч. при наличии «трудной» культи ДПК) и (или) при наличии признаков суб- или декомпенсированного хронического нарушения дуоденальной проходимости следует выполнять дистальную резекцию желудка по методу Бильрот-II в модификации Ру (Roux-Юдин-Витебский). При интраоперационно выявленной нарушения дуоденальной проходимости в стадии компенсации и субкомпенсации, при отсутствии трудностей мобилизации пилоро-бульбарного сегмента следует выполнять дистальную резекцию желудка по Бильрот-I с мобилизацией дуодено-еюнального перехода. В случаях компенсированного нарушения дуоденальной проходимости мобилизация дуодено-еюнального изгиба является адекватной для коррекции дуоденостаза мерой, в случаях декомпенсации нарушения дуоденальной проходимости необходимо проведение реконструктивного этапа резекции желудка по методу Ру, направленного на обеспечение внутреннего дренирования ДПК. Данный тип вмешательства, являясь мерой профилактики несостоятельности культи ДПК, показан при мобилизации пилоро-бульбарного сегмента III – IV категории сложности. При отсутствии показаний к проведению реконструкции пищеварительной трубки по Ру и одновременной невозможности ее восстановления по Бильрот-I следует предпочесть вариант реконструкции с наложением поперечного гастро-энтероанастомоза на короткой петле по Витебскому [6,7].

Резюмируя вышесказанное, хотим еще раз подчеркнуть, что, несмотря на имеющееся в арсенале современной желудочной хирургии великое множество различных вариантов оперативных вмешательств, именно дистальная резекция желудка по методу Бильрот-I или по методу Бильрот-II в модификациях Ру или Витебского должны являться операциями выбора при

показанном и возможном первично-радикальном лечении пациентов с гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением или перфорацией. При этом дифференцированный подход к выбору того или иного метода операции служит неперенным условием для успешного хирургического лечения таких пациентов.

6. Виды проводимых оперативных вмешательств при ЯБ:

«Открытая» хирургия:

- операции при кровоточащей язве ДПК;
- ушивание перфоративного отверстия по Оппель-Пилокарпову;
- пилоропластика (Финней, Гейнеке-Микулич, Джабулей);
- резекция 2/3 желудка по Бильрот 2;
- резекция 2/3 желудка на выключенной по Ру петле;
- реконструктивные вмешательства при болезни оперированного желудка;
- тотальная гастрэктомия.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29659470/>

«Лапароскопическая» хирургия:

- лапароскопическая резекция 2/3 желудка по Бильрот 2;
- лапароскопическая резекция 2/3 желудка на выключенной по Ру петле;
- лапароскопическая гастрэктомия.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16235381/>

«Эндоскопическая» хирургия:

- клипирование кровоточащего сосуда;
- аргоно-плазменная коагуляция;
- обкалывание кровоточащего сосуда раствором адреналина.

Эндоскопическая остановка кровотечения является "золотым стандартом" в лечении пациентов с язвенным кровотечением, позволяющим достичь устойчивого гемостаза в 82-92% случаев. Наиболее эффективным

эндоскопическим способом остановки кровотечения является клипирование кровоточащего сосуда и аргоно-плазменная коагуляция. Другие методы эндоскопической остановки кровотечения, такие как нанесение препаратов для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – пленкообразующих препаратов, использование полисахаридной гемостатической системы, электрокоагуляция, обкалывание язвы должны использоваться в комбинации с основными методами.

Случаи язвенных кровотечений у детей встречаются редко. По данным, основанным на взрослой популяции, факторами риска рецидива язвенного кровотечения являются:

- размер язвы более 1 см;
- расположение язвы на задней стенке ДПК;
- нестабильная гемодинамика (снижение артериального давления во время кровотечения с последующим повышением на фоне восполнения объема циркулирующей крови). [9,14].
- при неэффективности эндоскопического гемостаза, развитии перфорации, пенетрации язвы необходимо проведение экстренной операции. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489318/>

Инъекционный эндоскопический гемостаз или термокоагуляция достаточно эффективны, однако сочетание этих методик обеспечивает лучшие результаты. При высоком риске рецидива кровотечения перспективным методом эндоскопической профилактики и гемостаза является клипирование сосудов. В случае рецидива кровотечения рекомендуется повторная попытка эндоскопического гемостаза. При неудаче эндоскопического гемостаза необходима консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве [13,14].

Показания для оперативного вмешательства:

- Перфоративные язвы;
- Кровоточащие язвы, которые не удается остановить консервативным способом;
- Выраженный болевой синдром и большие каллезные язвы, не поддающийся консервативному лечению;
- Стенозирование привратника, сопровождающийся выраженным нарушением эвакуаторной функции;
- Пенетрация язвы с близлежащие органы;
- Малигнизация язвы [1,4].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489318/>

Абсолютные противопоказания:

- геморрагический шок;
- сердечные заболевания с выраженной недостаточностью кровообращения;
- гнойный перитонит;
- многочисленные перенесенные операции на органах брюшной полости;
- заболевания легких с дыхательной недостаточностью;
- нарушение свертываемости крови.

Относительные противопоказания:

- местный диффузный перитонит;
- грыжи диафрагмы;
- тяжелая степень ожирения;
- запущенный рак органов ЖКТ;
- противопоказания к общему наркозу.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489318/>

Возможные осложнения после операции. Статистические данные относительно вероятных осложнений:

16 % – расхождение швов;

- 11 % случаев – непроходимость кишечника;
- 8 % – нарушение эвакуации;
- 6 % – перитонит;
- 5 % – трудности при глотании;
- 4 % – кровотечение в просвет желудка или в брюшную полость;
- 3 % – инфильтраты;
- 3 % – нагноения и абсцессы.

Предупредить эти последствия сложно, потому что многое зависит от профессионализма хирурга и общего состояния организма пациента. Самые опасные осложнения – это внутренние кровотечения и перитониты, потому что вероятен даже летальный исход. Если разошлись швы, появились нагноения или инфильтраты, операцию проводят повторно. Трудности при глотании и нарушение эвакуации можно устранить приемом определенных лекарств [8,9,14].

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО
НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ»

Ташкент - 2025

I. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

1.1. Введение

Пациентам с ЯБ двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии с целью ее сохранения рекомендуется проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях климатической зоны проживания пациента [5]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).

Пациентам с язвенной болезнью через 2–3 месяца после стихания обострения рекомендуется санаторно-курортное лечение продолжительностью 14–21 день. Санаторно-курортное лечение проводится в санаториях включающий в себя грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, питье щелочных минеральных вод [5].

1.2. Профилактика и реабилитация.

Профилактика – основное направление медицины и включает в себя мероприятия государственного, социально-экономического, гигиенического и лечебно-медицинского характера с целью обеспечить высокое состояние здоровья и предупредить возникновение болезней. Профилактика развития язвы обычно подразделяется на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика при ЯБДПК направлена на предупреждение заболевания:

- Соблюдение гигиены ротовой полости, своевременное лечение зубов и десен. Больные зубы – это входные ворота для инфекции, а кроме того, больные зубы не дают возможности должным образом пережевывать пищу, что приводит к повышенной нагрузке на желудок.
- Организация правильного режима и рациона питания. Следует выработать привычку принимать пищу ежедневно в одно и то же время. Кроме того, рекомендуется исключить из рациона или же ограничить употребление копченостей, чрезмерно острой, пряной и соленой пищи. Кулинарная

обработка блюд должна быть щадящей – без сильного зажаривания блюд. Газированные напитки, очень горячую или, наоборот, очень холодную пищу также следует исключить.

- Профилактика авитаминоза.
- Отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя).
- Профилактика и лечение гормональных нарушений.
- Дозированные физические нагрузки, рациональная организация распорядка дня.
- Отказ от частого приема лекарственных препаратов (по возможности), особенно бессистемного приема и самолечения лекарств.
- Профилактика заражения *Helicobacter pylori* – использование индивидуальной посуды, полотенец. [12,13,15]

Вторичная профилактика при ЯБДПК ориентирована на больных с уже поставленным диагнозом язвенной болезни и нацелена на снижение вероятности рецидивов и осложнений, на предупреждение или замедление прогрессирующего развития язвы. В ходе вторичной профилактики важно корректировать возникающие время от времени отклонения от «нормы». Поэтому на данном этапе возрастает значение обязательной диспансеризации населения, регулярных медицинских осмотров пациентов из групп риска:

- Санаторно-курортное лечение.
- Регулярные курсы противорецидивной терапии в осенний и весенний период.
- Строгое соблюдение противоязвенной диеты.
- Санация заболеваний и хронических очагов инфекции, которые могут спровоцировать рецидив.
- Регулярный контроль состояния язвы в медицинском учреждении.
- Очень важен психологический комфорт: иногда стрессы и нервные расстройства также могут стать причиной развития заболевания.

Скрининг (screening) – определение не распознанного ранее у пациента

заболевания или фактора риска путём сбора анамнеза, физикального и лабораторного исследования. Скрининг входит в комплекс многих мероприятий по первичной профилактике и всех мероприятий по вторичной профилактике. Что касается язвенной болезни, скрининг используется для массового обследования населения для выявления заболевания на ранних (доклинических) этапах развития заболевания (вторичная профилактика).

Для первичной диагностики хеликобактер пилори - НР можно использовать уреазный, серологический и гистологический методы диагностики, при их доступности. Поскольку распространенность НР-инфекции в Узбекистане высокая, серологический метод может служить в качестве скрининга для первичной диагностики хеликобактер пилори - НР.

Третичная профилактика, которая направлена на снижение уже возникших осложнений у пациентов с язвой, очень близка по форме и содержанию к вторичной. Эта медицинская профилактика включает комплекс мер по реабилитации и предупреждению нетрудоспособности больного, а как научное направление — занимается поиском способов увеличения продолжительности активной жизни. [12,15].

https://elearning.volgmed.ru/pluginfile.php/563213/mod_resource/content/1/ПРОФИЛАКТИКА.pdf.

Реабилитация определяется как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания». Другими словами, реабилитация направлена на то, чтобы помочь детям, взрослым или пожилым людям быть как можно более автономными в повседневной жизни и дать им возможность получать образование, работать и заниматься досугом, а также выполнять важные социальные функции, такие как забота о семье. В этих целях с человеком и его семьей проводится работа по лечению сопутствующих заболеваний и устранению их симптомов, изменению условий проживания для более полного удовлетворения их потребностей с использованием ассистивных

технологий, обучения навыкам оказания самопомощи и адаптации задач, с тем чтобы они могли выполняться более безопасно и без посторонней помощи. Эти стратегии, осуществляемые в комплексе, могут помочь пациенту преодолеть трудности, связанные с когнитивными нарушениями, расстройствами зрения и слуха, трудностями в коммуникации, приеме пищи или передвижении». (<https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>)

Цели:

- профилактика прогрессирования язвы и осложнений;
- сохранение/восстановление функции ДПК;
- купирование болевого синдрома;
- повышение качества жизни;

Диспансеризация

| Диспансерная деятельность | Название медицинских услуг | СВП/СП | МЩЦП | Минимальное количество событий | Период диспансерного контроля |
|---|--|--------|------|--------------------------------|-------------------------------|
| Консультация эксперта (врача) | 1. Медсестра | + | + | Планово 2 раза в 1 год* | В среднем 5 лет |
| | 2. Семейный врач/ВОП | + | + | | |
| | 3. Гастроэнтеролог | | + | | |
| | 4. Хирург | | + | | |
| Лабораторные испытания | 1. Общий анализ крови | + | + | Планово 2 раза в 1 год* | В среднем 5 лет |
| | 2. Общий анализ мочи | + | + | | |
| | 3. Биохимический анализ крови | + | + | | |
| Примечание. *При периодических обследованиях согласно инструкции рекомендуются дополнительные лабораторные исследования. Если при осмотре пациента обнаруживаются сопутствующие заболевания, проводятся дополнительные обследования согласно инструкции, в зависимости от уровня медицинских учреждений. Эти пациенты будут осмотрены на областном/республиканском уровне по рекомендациям семейного врача/гастроэнтеролога. Реализуется исходя из материально-технических возможностей учреждения. | | | | | |
| Инструментальные исследования | 1. ЭГДФС | | + | Планово 2 раза в 1 год | В среднем 5 лет |
| | 2. УЗИ органов брюшной полости | | + | | |
| | 3. Рентген грудной клетки/брюшной полости с барий контрастом | | + | | |
| Примечание. После последнего обострения необходимо проводить плановую ЭГДФС 2 раза в | | | | | |

год. Во время периодических осмотров рекомендуется проводить дополнительные инструментальные проверки.

* Для проведения данных исследований пациент регулярно направляется в региональные/многопрофильные центры по рекомендации семейного врача или гастроэнтеролога.

1.3. МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ПРОФИЛАКТИКИ:

1. Немедикаментозное лечение [4]:

- диета №1А на 5-7 дней: молоко (при переносимости), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли.
- диета №1Б на 14 дней: с расширением диеты – сухари, мясо, рыба, каши протертые, супы из круп на молоке, соль в умеренном количестве.
- диета №1 с соблюдением принципа механического и химического щажения.

Длительность щадящей диеты зависит от эффективности терапии, при улучшении состояния диету расширяют, возможны чередования стола №1 с расширением диеты, можно использовать и стол №5.

Лечебное питание у больных язвой ДПК необходимо строго дифференцировать в зависимости от стадии процесса, его клинического проявления и сопутствующих осложнений. В основе диетического питания у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки лежит принцип щажения, то есть создания максимального покоя изъязвленной слизистой оболочки. Целесообразно употреблять продукты, являющиеся слабыми возбудителями сокоотделения, быстро покидающие желудок и мало раздражающие его слизистую оболочку. В настоящее время разработаны специальные противоязвенные рационы лечебного питания. Диету необходимо соблюдать в течение длительного времени и после выписки из стационара. В период обострения назначаются продукты, нейтрализующие соляную кислоту. Поэтому в начале лечения нужна белково-жировая диета, ограничение углеводов. Питание должно быть дробным и частым (5-6 раз в сутки); диета - полноценной, сбалансированной, химически и механически

щадящей. Диетическое питание состоит из трех последовательных циклов, продолжающихся по 10-12 дней (диеты № 1а, 1б, 1).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

При выраженных нервно-вегетативных расстройствах, гипо- и гипергликемических синдромах в диете ограничивается количество углеводов (до 250-300 г), при нарушениях трофики, сопутствующих панкреатитах количество белка увеличивается до 150-160 г, при выраженном ацидозе предпочтение отдается продуктам, обладающим антацидными свойствами: молоку, сливкам, яйцам всмятку и др. Диета № 1а - наиболее щадящая, богата молоком. В диету № 1а входят: цельное молоко, сливки, творожное паровое суфле, блюда из яиц, сливочное масло. А также фрукты, ягоды, сладости, кисели и желе из сладких ягод и фруктов, сахар, мед, сладкие ягодные и фруктовые соки пополам с водой и сахаром. Соусы, пряности и закуски исключаются. Напитки - отвар шиповника. Находясь на диете № 1а, больной должен соблюдать постельный режим. Она выдерживается 10 - 12 дней, затем переходят на более нагрузочную диету № 1б. На этой диете все блюда готовят в протертом виде, отваривают на воде или на пару. Пища жидкая или кашицеобразная. Она содержит различные жиры, значительно ограничены химические и механические раздражители слизистой оболочки желудка. Диета № 1б назначается на 10-12 дней, и больной переводится на диету № 1, которая содержит белки, жиры и углеводы. Исключаются блюда, стимулирующие желудочную секрецию и химически раздражающие слизистую оболочку желудка. Все блюда готовятся в отварном, протертом виде и на пару. Диету № 1 больной язвой желудка должен получать длительное время. Переходить на разнообразное питание можно лишь с разрешения врача.
<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Применение **минеральных вод** занимает ведущее место в комплексной терапии заболеваний органов пищеварения, в том числе и язвенной болезни. Питательное лечение практически показано всем больным язвенной болезнью в стадии ремиссии или нестойкой ремиссии, без резкого болевого синдрома, при

отсутствии склонности к кровотечению и при отсутствии стойкого сужения привратника. Назначают минеральные воды малой и средней минерализации (но не выше 10-12 г/л), содержащие не более 2,5 г/л углекислоты, гидрокарбонатные натриевые, гидрокарбонатно-сульфатные натриевые воды, а также воды с преобладанием указанных ингредиентов, но более сложного катионного состава, рН от 6 до 7,5. Начинать питьевое лечение следует уже с первых дней поступления больного в стационар, однако количество минеральной воды на прием в течение первых 2-3 дней не должно превышать 100 мл. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

В дальнейшем при хорошей переносимости дозу можно увеличить до 200 мл 3 раза в день. При повышенной или нормальной секреторной и нормальной эвакуаторной функции ДПК воду принимают в теплом виде за 1,5 ч до еды, при пониженной секреции - за 40 мин - 1 ч до еды, при замедлении эвакуации из ДПК за 1 ч 45 мин - 2 ч до еды. При наличии выраженных диспепсических явлений минеральную воду, особенно гидрокарбонатную, можно применять чаще, например, 6-8 раз в день: 3 раза в день за 1 ч 30 мин до еды, затем после еды (примерно через 45 мин) на высоте диспепсических явлений и, наконец, перед сном. В отдельных случаях при приеме минеральной воды до еды у больных усиливается изжога, появляются болевые ощущения. Такие больные иногда хорошо переносят прием минеральной воды через 45 мин после еды. Нередко к этой методике питьевого лечения приходится прибегать только в первые дни поступления больного, в дальнейшем многие больные переходят на прием минеральной воды до еды. Лицам с язвенной болезнью в стадии ремиссии или нестойкой ремиссии заболевания, при наличии дискинезии и сопутствующих воспалительных явлений со стороны толстой кишки показаны: микроклизмы и очистительные клизмы из минеральной воды, кишечные души, сифонные промывания кишок. Промывания ДПК назначают только по показаниям, например, при наличии выраженных явлений сопутствующего гастрита. Широкое распространение при лечении больных язвенной болезнью получили различные виды

минеральных и газовых ванн. Методом выбора являются кислородные, йодобромные и минеральные ванны. Углекислые ванны больным язвенной болезнью с выраженными явлениями вегетативной дискинезии противопоказаны.

Одним из методов лечения больных язвенной болезнью в стадии ремиссии является пелоидотерапия. К наиболее эффективным видам грязелечения следует отнести грязевые аппликации на переднюю брюшную стенку и поясничную область (температура 40°C, экспозиция 20 мин), через день в чередовании с ваннами. Курс лечения 10-12 грязевых аппликаций. При противопоказаниях к грязевым аппликациям рекомендуется диатермогрязь или гальваногрязь на надчревную область.

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>.

2. Медикаментозное лечение.

3. Хирургическое лечение.

4. Дальнейшее ведение больных

- Больные с язвенной болезнью 12-перстной кишки подлежат диспансерному наблюдению:
- Осмотр ВОП/семейного врача – 1 раз в квартал в течение первого года диспансерного наблюдения, далее при стойке ремиссии – 2 раза в год.
- Осмотр гастроэнтеролога – 2 раза в год в осенне-весенний период и противорецидивное лечение «по требованию» при возникновении тех или иных симптомов заболевания.
- Осмотры отоларинголога, стоматолога – 2 раза в год.
- Сдача ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, амилаза) – 2 раза в год.
- ЭГДФС с биопсией – 2 раза в год в первые 3 года, далее 1 раз в год.
- ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости – при наличии медицинских показаний. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>) .

Первичная профилактика предусматривает активное раннее выявление и лечение больных, угрожаемых в отношении язвенной болезни, устранение этиологических факторов.

Первичная профилактика включает мероприятия, направленные на нормализацию функций пищеварительной системы и организма в целом: режим и лечебное питание, отказ от вредных привычек, обследование на гельминтозы, санация полости рта.

Вторичная профилактика предусматривает против рецидивную терапию. Проводится в периоды, предшествующие предполагаемому обострению и включает диетическое питание в соответствии с клинико-эндоскопической стадией язвенной болезни желудка и ДПК, лечебную физкультуру, водные процедуры, повышение физической активности, закаливание, оздоровление обстановки, благотворно влияющая на психику [9].

5. Реабилитационные мероприятия.

Санаторно-курортное лечение.

Продолжительность санаторно-курортного лечения 14-21 день. В ранний период реабилитации предпочтение следует отдавать местным санаториям. Направление на курортное лечение в санатории, удаленные от места проживания возможно при формировании стойкой клинической ремиссии.

Рекомендовано рассмотреть проведение лечебной физкультуры (ЛФК). Лечебная физкультура при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки для улучшения крово- и лимфообращения в брюшной полости; нормализации моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, секреторной и нейрогуморальной регуляции пищеварительных процессов; создания благоприятных условий для репаративных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки при отсутствии противопоказаний [13].

Задача ЛФК: - нормализация тонуса ЦНС и кортико-висцеральных взаимоотношений, улучшение психоэмоционального состояния; активизации

крово- и лимфообращения, обменных и трофических процессов в двенадцатиперстной кишке и других органах пищеварения; стимуляция регенеративных процессов и ускорение заживления язвы; уменьшение спазма мышц ДПК; нормализация секреторной и моторной функций кишечника; предупреждения застойных явлений и спаечных процессов в брюшной полости. Лечебный массаж назначают для уменьшения возбуждения ЦНС, улучшения функции вегетативной нервной системы, нормализации моторной и секреторной деятельности желудка и других отделов желудочно-кишечного тракта; укрепления мышц живота, укрепление организма. Применяют сегментарно-рефлекторный и классический массаж. Действуют на паравертебральные зоны D9-D5, C7-C3. При этом у больных с язвенной болезнью желудка массируют названные зоны только слева, а язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки - с обеих сторон. Массируют также участок воротниковой зоны D2-C4, живот.

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Примерный комплекс лечебной гимнастики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при отсутствии болевого синдрома представлен в **таблице №4.** (постельный двигательный режим)

| № п/п | Исходное положение | Содержание упражнения | Дозировка | Темп | Методические указания |
|-------------------------------|--|--|-----------|-----------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Подготовительная часть | | | | | |
| 1. | Лежа на спине, левая рука на груди, правая на животе | Подсчет пульса. Диафрагмальное дыхание | 5-6 раз | Медленный | Дыхание ровное |
| 2. | То же | Свободное дыхание | 2-3 раза | Медленный | |
| 3. | Лежа на спине, руки вдоль туловища | Отвести правую (левую) ногу в сторону - вдох, вернуться в и. п. - выдох. | 2-3 раза | Медленный | Дыхание не задерживать |
| 4. | То же, руки внизу в «замке» | Поднять руки вверх, потянуться - вдох, вернуться в и. п. - выдох. | 2-3 раза | Медленный | Дыхание не задерживать |
| 5. | То же | Поднять руки | 2-3 раза | | |

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|----------|---------------|--|
| | | через стороны вверх, вдох через нос в течение 4 с, затем медленно опустить руки - выдох продолжительност ью 6 с | | Медленны й | |
| 6. | Лежа на левом (правом) боку | Отвести левую ногу в сторону - вдох, опустить - выдох, то же на другом боку | 4-5 раз | Средний | Дыхание не задержи- вать |
| 7. | Лежа на спине | Упражнений на расслабление | 30-40 с | | |
| Основная часть | | | | | |
| 8. | Сидя на стуле, спиной опираясь о спинку стула, руки - левая па груди, правая на животе | Диафрагмальное дыхание: вдох - продолжительност ью 4 с, пауза - 8 с, выдох - 6 с | 2-3 раза | Медленны й | |
| 9. | Сидя, прямые ноги на ширине плеч | Поднять руки вверх - вдох, наклониться к левой ноге - выдох, то же к другой ноге | 2-3 раза | Медленны й | Дыхание не задерживать |
| 10. | Сидя, упираясь спиной о спинку стула | Руки через стороны (отводя плечи назад) вперед - вдох, соединив ладони вместе, прижимая пальцы друг к другу, в течение 8 с задержать дыхание, опустив руки расслабиться - активный выдох | 2-3 раза | Медленны й | после каждого упражнения свободный вдох и выдох |
| 11. | Сидя на краю стула, руки в упоре сзади | Поднять правую (левую) ногу вверх, согнуть, выпрямить и опустить | 4-5 раза | Медленны й | Дыхание произвольно е |
| 12. | То же, руки на пояс | Повороты корпуса вправо (влево), локтем доставая спинку стула | 2-3 раза | Медленны й | Дыхание произвольно е |
| 13. | То же, руки опущены | Наклон влево, левую руку вниз, | 3-4 раза | Медленны й | Дыхание произвольно |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|--|---------------------------|-----------|----------------------|
| | | правая в подмышечную ямку; то же в другую сторону | | | е |
| 14. | Стоя сзади стула, опираясь руками о спинку | Поочередные маховые движения ног в сторону скрестно | 3-4 раза | Средний | Дыхание произвольное |
| 15. | Стоя, левая рука на груди, правая на животе | Диафрагмальное дыхание: вдох - 4 с, задержка на вдохе - 8 с и выдох - 6 с | 2-3 раза | Медленный | |
| 16. | Стоя, руками оттираясь о спинку стула, голову назад, ноги вместе | Сильно надавить кистями на спинку стула, напрягая мышцы ног и корпуса в течение 8 с, расслабиться, опустив руки вниз | 2-3 раза | Медленный | Дыхание произвольное |
| 17. | Стоя, руки согнуть перед грудью, ноги на ширине плеч | Отвести рывками локти в стороны, затем прямые руки в стороны ладонями вверх | 2-3 раза | Медленный | Дыхание произвольное |
| 18. | Стоя | Ходьба: на 4 шага - вдох, 8 шагов задержать дыхание и на 6 шагов - выдох. Пауза на выдохе 2 - 3 шага | 2-3 раза | Медленный | Дыхание произвольное |
| Заключительная часть | | | | | |
| 19. | Сидя, кисти к плечам | Вращения в плечевых суставах вперед и назад | 3-4 раза в каждую сторону | Средний | Дыхание произвольное |
| 20. | То же | Сжимать и разжимать пальцы, одновременно поднимая и опуская стопы | 4-6 раз | Средний | Дыхание произвольное |
| 21. | То же | Привести кисти к плечам, поднять руки вверх, опустить кисти к плечам, опустить руки и расслабиться | 2-3 раза | Средний | Дыхание произвольное |
| 22. | То же, кисти на бедрах | Ладонями вверх - вдох, ладонями вниз, расслабленно - выдох | 4-5 раз | Средний | |

| | | | | | |
|-----|-------|--|---------|----------|-------------------|
| 23. | То же | Закрывать глаза, расслабить мышцы всего тела | 30-40 с | Медленно | Дыхание спокойное |
|-----|-------|--|---------|----------|-------------------|

Таб.№4. Лечебная гимнастика. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Для определения эффективности ЛФК проводятся постоянные наблюдения за больным, определяющие его состояние, воздействие применяемых упражнений, отдельного занятия, определенного периода лечения. Важное значение имеют также специальные исследования функционального состояния, которые дают объективную оценку больного, его индивидуальных особенностей, адаптации к физической нагрузке [6,9]. Для учета эффективности ЛФК при язвенной болезни могут использоваться:

- опрос относительно имеющихся субъективных ощущений: изжога, отрыжка, вздутие живота, боли в животе, характер стула(запор, понос).
- контроль за пульсом и АД;
- дыхательные пробы Штанге и Генчи;
- динамический контроль за массой тела. Масса тела определяется путем взвешивания на медицинских весах.

При положительном влиянии физических упражнений субъективные ощущения исчезают, аппетит и стул нормализуется, пульс имеет тенденцию к урежению, удлиняется время пробы Штанге, стабилизируется масса тела больных.

В оценке эффективности ЛГ весьма важную роль играет самочувствие больного. При появлении бессонницы, ухудшении аппетита, появлении боли в области живота, нарушении функции кишок необходимо тщательно исследовать больного для более правильного дифференцированного выбора средств и форм ЛФК.

Для определения эффективности отдельного занятия проводят врачебно-педагогические наблюдения. Важнее всего определить, как на данном занятии решены лечебные задачи, соответствует ли физическая

нагрузка возможностям больного, каковы его индивидуальные реакции на занятие ЛФК.

Для уточнения этих вопросов на занятии ЛФК по изменению частоты пульса определяется физиологическая кривая и плотность занятия.

Во время наблюдений обращается внимание на внешние признаки утомления, появление болей, способность выполнять упражнения. Основываясь на наблюдениях, следует изменить методику занятия, например, уменьшать дозировку физической нагрузки. В большинстве случаев физические упражнения должны вызывать небольшое утомление, которое характеризуется покраснением кожи испариной, учащением дыхания. Нельзя допускать появления болей и переутомления, сопровождающегося шумной одышкой, резкой слабостью, нарушением координации и равновесия, головокружениями, изменением структуры выполнения физического упражнения. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

6. Критерии для определения проведения видов профилактики

- Улучшение общего состояния пациента;
- Улучшение функции пищеварения
- Уменьшение приступов болей

6.1. Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур (международные шкалы согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) – по показаниям. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

7. Этапы и объемы реабилитации

I этап реабилитации-щадящий двигательный режим (2-4 дня) начало - на стационарном звене

II этап реабилитации - щадяще-тренирующий режим (6-9 дней) - амбулаторно.

III этап - тренирующий период (15-20 занятий и более) - реабилитационный центр - санаторий

8. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики или реабилитации:

- Физикальное обследование пациента
- ЭГДФС;

9. Индикаторы эффективности профилактических мероприятий

В соответствии с международными шкалами согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, эффективность профилактических мероприятий будет определяться длительностью ремиссии, отсутствие болевых ощущений у пациентов, а также профилактические ЭГДФС раз в 6 месяцев. <https://ergotherapy.ru/wp-content/uploads/2017/05/Mezhdunarodnaya-klassifikatsiya.pdf>

10. Организационные аспекты протокола:

- 1) информации об отсутствии конфликта интересов: нет.
- 2) данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран);
- 3) указание условий пересмотра протокола: через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

7. Список использованной литературы:

1. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease. *Lancet* 2017; vol. 390 (10094): 613-624.
2. Chan F.K.L., Lau J.Y.W. Peptic ulcer disease. In: *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2018: chap 14.
3. Ramakrishnan K., Salinas R.C. Peptic ulcer disease. *Am Fam Physician* 2017; vol. 76: 1005-1012.
4. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М: Медицина, 1999: 288
5. Lau J.Y., Sung J., Hill C. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion* 2019; vol.84: 102-113.
6. Hawkey C.J., Wight N.J. *Clinician's manual on NSAIDs and gastrointestinal complications*. London: Life Science Communications, 2015.
7. Nagashima K., Tominaga K., Fukushi K. et al. Recent trends in the occurrence of bleeding gastric and duodenal ulcers under the Japanese evidence-based clinical practice guideline for peptic ulcer disease. *JGH Open* 2018; Vol. 2(6): 255-261.
8. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. *Болезни пищевода, желудка и кишечника*. М.:МЕД-пресс-информ; 2019:
9. Tomizawa M., Shinozaki F., Hasegawa R. et al. Low hemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. *Biomed Rep* 2016; vol.5 (3): 349-352.
10. Harewood G.C., McConnel J.P., Harrington J.J. et al. Detection of occult upper gastrointestinal bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc* 2022; vol.77 (1): 23-28.
11. И.В. Маев, Д. Н. Андреев, А. А. Самсонов, А. С. Черёмушкина (<https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-6-100-108>)
12. В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, П.В. Царьков. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской

гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) 2020г.
(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf.)

13. Краевский Е.В. Язвенная болезнь. 2020г.
(https://www.1spbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_terapii_fakultetskoy/lektcii/gastroenterology3.pdf?ysclid=lucl01dmpe823299172.)

14. Elmunzer B.J., Young S.D., Inadoni J.M. et al., Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. Am J. Gastroenterol 2018; vol. 103(10): 2625-2632; quiz 2633.

15. Feng L., Wen M.Y., Zhu Y.J., et al. Sequential therapy or standard triple therapy for helicobacter pylori infection: an updated systematic review. Am. J. Ther .2016;23:e880–93