

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**

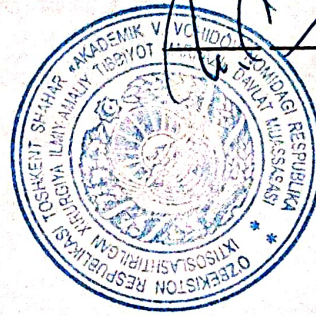
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ “НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, НЕ
КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ”**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»

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

С.И. Исмаилов



_____ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ “НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, НЕ
КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ”**

Ташкент – 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПО НОЗОЛОГИИ
“НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, НЕ
КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ”**

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Аннотация. Нарушения органов пищеварения после медицинских процедур – это группа заболеваний, которые встречаются в раннем или позднем периоде после оперативных вмешательств в органах брюшной полости. Эта нозология включает в себя следующие основные часто встречаемые нарушения со стороны ЖКТ, требующие активное консервативное или оперативное вмешательство – синдромы оперированного желудка, послеоперационная кишечная непроходимость, дисфункции наложенной кишечной стомы. Практически после каждой операции на желудке и двенадцатиперстной кишке можно обнаружить функциональные и органические расстройства. Клинически значимые нарушения отмечают у 30—35% больных, перенесших резекцию желудка, и у 15—34% — ваготомию.

В последнее время снизить распространенность этих заболеваний позволили новые методы и технология оперативного вмешательства и послеоперационного ведения пациентов.

За основу разработки данного клинического протокола были взяты следующие источники:

1. Клинические рекомендации ACG: Surgical treatment of diseases of the operated stomach. Авторы: V.I. Bondarev, N. P. Ablitsov, A. P. Baziak, A. V. Repenin, E. N. Vasilenko. PMID: 7602909

Ссылка: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7602909/>

2. Патологические синдромы после операции на желудке и 12п.к. 2019. Авторы: Г.Ц. Дамбаев, Н.Э. Куртсеитов, М.М. Соловьев, А.Н. Вусик, В.В. Скиданенко, О.А. Фатюшина, Е.А. Авдошина, Т.В. Дубакова.

УДК: 616.33/.342–089.168.1–06 (075.8)

Ссылка: <https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

3. Международный консенсус по диагностике и лечению демпинг-синдрома. Авторы: Emidio Scarpellini, Joris Arts, George

Karamanolis, Anna Laurenus, Walter Siquini, Hidekazu Suzuki, Andrew Ukleja, Andre Van Beek.

Журнал Nature reviews 2020 Aug;16(8):448-466.

PMCID: PMC7351708 **DOI:** 10.1038/s41574-020-0357-5

Ссылка: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

Код(ы) по МКБ-10 таб.№1

МКБ-10		МКБ-11	
К91.0	Рвота после хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте	Рвота после хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте	DE10
К91.1	Синдромы оперированного желудка	Синдромы оперированного желудка	DE11
К91.2	Нарушение всасывания после хирургического вмешательства не классифицированное в других рубриках	Мальабсорбция после хирургического вмешательства, не классифицированная в других рубриках	DE13
К91.3	Послеоперационная кишечная непроходимость	Послеоперационная кишечная непроходимость	DB30
К91.4	Дисфункция после колостомии и энтеростомии	Дисфункция после колостомии и энтеростомии	DE12
	https://mkb-10.com/index.php?pid=10442	https://mkb11.online/113836	

Дата разработки и пересмотра протокола: 24 май 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 «РСПМЦХ 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 Сайдимурат 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:	Туракулов У.Н. – д.м.н., доцент кафедры Хирургия №1 при ЦРПКМР
	Тулержанов Нурпейс Кудайбергенович – доцент кафедры хирургических болезней медицинского факультета «Международного Казахско–Турецкого университета имени Х.А. Ясави» к.м.н.

Обсуждение клинического протокола было проведено на заседании Ученого Совета ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» - **протокол №2 от 15.03.25г.**

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Руководитель отделения Гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени №1, 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, ВОП
4. детский хирург
5. гастроэнтеролог

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
БОЖ	болезни оперированного желудка
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
СОЖ	слизистая оболочка желудка
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЭГДФС	эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	электрокардиография
ЭхоКГ	эхокардиография
ЯБ	язвенная болезнь

ЯГДК	язвенное гастродуоденальное кровотечение
ЯБЖ	язвенная болезнь желудка

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,	Не рекомендуется

	что потенциальный риск перевешивает потенциальную пользу.	
--	---	--

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	Не сравнительные 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	Не сравнительные 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)

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПО НОЗОЛОГИИ “НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ”	5
2. НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ “НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ”	54
3. НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ»	71

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

2.1. Введение

Заболевания оперированного желудка представляют собой большую социальную проблему, и в силу этого является одной из самых актуальных в современной хирургической гастроэнтерологии. Их актуальность определяется частотой встречаемости – от 10 до 70%, трудностями диагностики и лечения, а также часто развивающимися грозными осложнениями (кровотечения и перфорация рецидивных и незаживших язв) [5].

Так уж сложилась история желудочной хирургии, что резекция желудка на протяжении более чем в 50 лет была фактически методом выбора при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Многие сотни тысяч операций позволили вместе с тем критически оценить результаты резекции желудка. Однако, последние 40-50 лет отмечены тем, что наряду с резекцией желудка широкое применение нашла ваготомия в различных модификациях вместе с большим количеством пилоропластик и дуоденопластик, которые также имеют целый ряд недостатков. Большое число различных патологических синдромов (болезней) после операции на желудке зачастую отличаются трудностями диагностики, и выбором тактики лечения таких больных. Кроме того, нужно отметить что не которые болезни оперированного желудка не нашли отражения даже в последних учебниках хирургии [3, 7].

Фундаментальными работами Лауреата Нобелевской премии академика И.П. Павлова и его школы, а также исследованиями Б.П. Бабкина, И.А. Разенкова, С.С. Юдина, доказана функциональная взаимосвязь органов пищеварения и их единства всех этапах переваривания пищи и всасывания продуктов её расщепления. Желудок и блуждающий нерв играют очень важную роль в полноценности пищеварения, способствуя выработке главному ulcerогенного фактора – соляной кислоты. Поэтому старый

постулат «нет кислоты - нет язвы» остаётся в силе. И все врачи стремятся максимально снизить продукцию агрессивного желудочного сока. [3, 9]

Терапевты достигают этой цели путем назначения блокаторов насосной помпы и H₂-блокаторов рецепторов гистамина, медикаментозной блокады вагуса и назначением антацидных препаратов. Хирурги же достигают такого же, но стойкого эффекта, путем применения различных видов ваготомии в сочетании с различными органосохраняющими и органо-сберегающими операциями на желудке или выполняют «классическую» резекцию не менее 2/3 желудка [5,8].

Практические врачи все чаще и чаще сталкиваются с болезнями оперированного желудка и испытывают значительные трудности в диагностике и выборе хирургической тактики лечения этого тяжелого контингента больных. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

2.2. Определение

Желудочные заболевания оперированного желудка – это патологические состояния, которые возникли после гастрорезекционных вмешательств и связаны с ними патогенетически. Это проявляется в диспепсических расстройствах, болях в эпигастрии, вазомоторных и нейровегетативных реакциях, нарушениях обмена веществ и питания [8,12].

Поскольку после резекции желудка по поводу язвенной болезни в организме возникают различные патологические процессы, которые проявляются «симптомом», «синдромом», «симптомокомплексом», «болезнью», а в болезнь входят указанные понятия, то называть обсуждаемое состояние, на наш взгляд, целесообразно не отдельными синдромами, а «пострезекционной болезнью», куда могут входить и синдромы и болезни. Такое полемическое состояние касается и классификации заболевания после резекции желудка у больных язвенной болезнью. Но наиболее приемлемой, естественно, требующей совершенства – это классификация синдромного

характера с расшифровкой их симптомов, которую предложил М.М. Самсонов, Т.И.Паранская, П.П.Нестерова [12].

Демпинг-синдром – наиболее часто встречающееся функциональное расстройство после операции на желудке, сопровождающегося вследствие удаления или разрушения его привратниковой части. По разным авторам демпинг-синдром возникает от 0,33 до 30-80%. [4]

Гипогликемический синдром у больных возникает приступом слабости натощак или через 1,5-3 часа после еды, возникают после физической нагрузки вследствие снижения содержания глюкозы. Клинически он напоминает демпинг-синдром.

Пост-резекционная астения возникает вследствие резкого нарушения пищеварительной функции желудка, поджелудочной железы, печени и тонкой кишки. Астенизация проявляется повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, плаксивостью, конфликтностью, апатией и др. Больные страдают бессонницей, головной болью, головокружением и т.д.

Анемия возникает в двух видах – железодефицитная и мегалобластная. Обычно железодефицитная анемия развивается через несколько лет после операции. Для нее характерны признаки всех анемий. Всасывание железа улучшается после конверсии анастомоза по Бильрот II в Бильрот I.

В₁₂-дефицитная анемия (пернициозная) развивается вследствие недостаточного поступления в организм цианкобаламина. Клиническая картина дефицита витамина В₁₂ характеризуется повреждением кроветворной ткани, пищеварительной и нервной систем.

Рефлюксная болезнь сопровождается забросом верхнего отдела пищеварительного тракта (желчь, панкреатический сок, дуоденальный и тонкокишечный сок) в желудок, а у части больных и в пищевод, что вызывает эрозивный гастрит и эзофагит. При щелочном рефлюкс-гастрите возникает боль в эпигастральной области, отрыжка горечью, рвота желчью и потеря массы тела.

Рефлюкс-эзофагит характеризуется жгучей болью за грудиной, иногда имитирует стенокардию, мучительная изжога.

Синдром приводящей петли является специфическим осложнением резекции желудка по Бильрот II. Заболевание проявляется различными опорожнениями двенадцатиперстной кишки, рвотой желчью, болью в эпигастральной области, правом подреберье, тошнотой, нарастающей интоксикацией. Реальная опасность возможна при несоответствии культи двенадцатиперстной кишки.

Пептическая язва анастомоза после резекции желудка встречается по разным авторам от 0,5 до 10 и даже 15%, у наших больных у 8,8%. От 80 до 88% пептических язв соустья развиваются после резекции, выполненной по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина язв анастомоза в большинстве случаев напоминает симптомы первичной язвы. Зачастую пептические язвы протекают гораздо более злокачественно, чем первичная язва, по поводу которой была предпринята операция.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/>

Что касается других постгастрорезекционных болезней, как хронический панкреатит, или синдромов диарея и т.д., то они определяются по общим принципам диагностики, соответственно осуществляется и терапия.

Таким образом, у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной прободением, пенетрацией, кровотечением и пилородуоденальным стенозом, после резекции желудка часто возникают послеоперационные расстройства в виде демпинг-синдрома, гипогликемии, астении, анемии, рефлюкс-синдрома, приводящей петли, язвы анастомоза и т.д., требующие тщательной консервативной терапии, а в тяжелых случаях безуспешного лечения с торпидным течением, использовать реконструктивное хирургическое лечение с последующим применением этапной терапии. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/>

2.3. Клиническая классификация

Учитывая многообразие проявлений болезней оперированного желудка, классификация их представляет определенные трудности. В целом большинство авторов выделяют пострезекционные и постваготомические синдромы. В каждой группе различают функциональные, органические и сочетанные расстройства. Следует помнить, что ряд нарушений (демпинг-синдром, гипогликемический синдром и др.) может наблюдаться и после резекции желудка, и после ваготомии.

В зависимости от выраженности клиники имеется три степени тяжести функциональных расстройств. При **легкой степени** тяжести трудоспособность обычно не нарушена, при **средней степени** тяжести наблюдается периодическая потеря трудоспособности, при **тяжелой степени** — стойкая. Некоторые из болезней оперированного желудка характерны для того или иного вида операции. Например, синдром приводящей петли патогномничен для резекции желудка по Бильрот-II, демпинг-синдром характерен для резекции желудка, и лишь в отдельных случаях наблюдается после ваготомии с дренирующим пособием, гастростаз и дисфагия наоборот практически всегда бывают после ваготомии, порочный круг является типичным проявлением после гастроэнтеростомии [9].

Самсонов М.А. и соавт. предложили следующую классификацию постгастрорезекционных расстройств:

1. Синдромы, связанные с нарушением нейрогуморальной регуляции деятельности органов желудочно-кишечного тракта:

- Демпинг-синдром.
- Гипогликемический синдром.
- Функциональный синдром приводящей петли.
- Постваготомические расстройства.

2. Синдромы, связанные с нарушением функциональной деятельности органов пищеварения и их компенсаторно-приспособительной перестройкой:

- нарушения в гепатобилиарной системе;
- кишечные нарушения, включая синдром мальабсорбции;
- нарушения функций культи желудка;
- нарушения функций поджелудочной железы;
- рефлюкс-эзофагит.

3. Органические поражения:

- рецидивы язвенной болезни;
- перерождение слизистой оболочки культи желудка (полипоз, рак культи желудка).

4. Сочетанные нарушения (сочетания патологических синдромов).

На таблице №3 представлена классификация болезней оперированного желудка по Г.Р. Аскерханов и соавт.

Таб.№3

ОРГАНИЧЕСКИЕ	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
1. Пептическая болезнь оперированного желудка (пептическая язва анастомоза, тощей кишки, рецидивная язва, незажившая язва)	1. Демпинг синдром желудка
2. Рак оперированного желудка	2. Гипо-, гипергликемический синдром
3. Рубцовое сужение гастроэнтероанастомоза	3. Энтерогенный синдром
4. Желудочно-кишечные, желудочно-билиарные, еюно-ободочные свищи	4. Функциональный синдром приводящей петли
5. Синдром приводящей петли	5. Постгастрорезекционная анемия
6. Порочный круг	6. Постгастрорезекционная астения
7. Осложнения вследствие нарушений методики операции	7. Гастростаз
8. Каскадная деформация желудка	8. Диарея, дисфагия, щелочный рефлюкс гастрит
https://rosoncoweb.ru/library/journals/practical_oncology/arh007/05.pdf	

2.4 Критерии установления диагноза заболевания/состояния:

Диагноз болезни оперированного желудка устанавливается на основании

1) анамнестических данных (характерные жалобы, анамнез заболевания до после операции, подробный характеристика перенесенного вмешательства и т.д.)

2) непосредственного объективного обследования (обнаружение болезненности брюшной стенки при пальпации, пневматоз кишечника)

3) инструментального обследования (эндоскопический и рентгенологические исследования ЖКТ пассаж бария)

<https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

2.5 Этиология и патогенез.

Патологические синдромы после операций на желудке – это особый вид осложнений, связанных с перестройкой пищеварения вследствие операции. Различные операции на желудке вносят свойственные типу операции изменения в анатомические и функциональные взаимоотношения между органами пищеварительного тракта. В результате недостаточности процессов адаптации и компенсации после операции происходят изменения в деятельности пищеварительной системы и развиваются различные расстройства функций пищеварительной и других систем организма человека. https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1532/1/UMK_2018_042.pdf

Развитие заболеваний оперированного желудка может быть вызвано как изменением физиологических условий функционирования желудочно-кишечного тракта, так и медицинскими ошибками во время операции и послеоперационного периода. Факторы, которые вызывают появление БОЖ, часто объединяются и усиливают взаимное влияние. [6]

По мнению специалистов, в области гастроэнтерологии, основными причинами заболеваний после резекции являются:

- **Реструктуризация пищеварительной системы.** У пациентов, перенесших объемную дистальную резекцию, нет антрального отдела желудка, который продуцирует большую часть гастрина и соляной кислоты, что влияет на эффективность переваривания белка. Потеря функции резервуара органа помогает обеспечить попадание плохо подготовленных и плохо усваиваемых продуктов в просвет тонкой кишки. При резекции по методу Бильрот 2 двенадцатиперстная кишка практически исключается из процесса пищеварения. Осложнение ваготомии часто является нарушением эвакуации химуса из полости желудка. [6]

- **Технические ошибки во время вмешательства.** Риск развития различных расстройств оперированного желудка возрастает с выбором неподходящего, чрезмерного или недостаточного объема операции по резекции органа, что существенно влияет на функцию секреторной эвакуации или способствует продолжению прогрессирования заболевания. Нормальное прохождение химуса может быть предотвращено неправильным наложением швов при формировании анастомозов и наложением швов на культю. Отсутствие шпор при создании гастроюноанастомоза часто вызывает синдром афферентной петли.

- **Патологический преморбидный фон.** При наличии сопутствующей патологии послеоперационные компенсаторные возможности пищеварительной системы снижаются. У 42% больных с синдромом оперированного желудка диагностированы желудочно-кишечные заболевания, у 49% - хронические заболевания других органов и систем. Постгастрорезекционные расстройства с большей вероятностью развиваются при недостаточном уровне вазоактивного кишечного полипептида, мотилина, холецистокинина, энкефалинов и других желудочно-кишечных гормонов, секретируемых диффузной нейроэндокринной системой для регуляции пищеварения.

https://library.mededtech.ru/rest/documents/ISBN9785970466315/?anchor=paragraph_cm3680

По мнению некоторых исследователей, желудочно-кишечные заболевания чаще встречаются у пациентов с психическими травмами и стрессом в анамнезе. У 42% пациентов с БОЖ была обнаружена связь между предшествующей язвенной болезнью и физической травмой, заболеваниями центральной нервной системы. В таких случаях нарушения после резекции были более выраженными с выраженными невротическими симптомами. В группу высокого риска входят пациенты с кровавым и меланхолическим хранением с несбалансированным и слабым типом повышенной нервной деятельности, пациенты, которые отказались от поддерживающей терапии по экономическим причинам.

<https://kiberis.ru/?p=280127>

https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1532/1/UMK_2018_042.pdf

2.6 Скрининг по поводу болезни оперированного желудка у нас в Республике не проводится. Единственное нужно отметить, что при подозрении или выявлении косвенных признаков проявления БОЖ рекомендуется провести следующие мероприятия указанные в алгоритме

<https://studfile.net/preview/2767013/page:4/>

3. Методы обследования и исследования, подходы к медицинским процедурам и диагностическим процессам

3.1 Жалобы и анамнез

При БОЖ имеются несколько видов жалоб, связанных с различными механизмами. Нервно-психические расстройства: отрицательные эмоции, физические, умственные нагрузки, заболевания нервной системы, травмы являются существенными факторами развития язвенной болезни желудка и ДПК. После операции психические нарушения приобретают более выраженный характер или дополняются новыми симптомами, такими как раздражительность, эмоциональная неустойчивость, снижение работоспособности. Развиваются депрессивные состояния [8].

В этой связи от врача требуется внимательность и терпеливость, дать возможность пациенту изложить свои ощущения. Только после этого необходимо задать дополнительные вопросы для уточнения характера и связи патологических симптомов с возможными вариантами постгастрорезекционных расстройств, которые на сегодняшний день описано более 80. Большинство расстройств клинически проявляются болевыми ощущениями, что требует от исследователя детально изучить индивидуальные особенности болей, их интенсивность при каких условиях возникают, особенность связь с погрешностями в диете. Приступы резкой слабости, головокружения, сердцебиения, возникающие через 15–20 мин после приема пищи, особенность молочных и сладких блюд являются клиническими признаками демпинг-синдрома, которые часто сочетаются с другими патологическими симптомами.

<https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

В клинической практике условно выделяют пять категорий жалоб:

1) **сосудистые и нейровегетативные**: приступы слабости, побледнения и чувство жара с покраснением лица, дрожание пальцев и кисти, головокружение, потемнение в глазах, холодный пот. Характерные жалобы имеют четкую взаимосвязь с приемом пищи и наблюдаются во время демпинговой реакции;

2) **диспептический и абдоминальный дискомфорт**: отсутствие аппетита, тошнота, срыгивание, рвота, урчание в животе, жидкий или неустойчивый стул, запоры. Данные клинические жалобы, обусловлены нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и развившимися в послеоперационном периоде нарушениями внешнесекреторной функции поджелудочной железы;

3) **метаболические нарушения**: исхудание, хроническая железодефицитная анемия, слабость, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, эректильная дисфункция;

4) периодически **возникающие боли по всему** животу различной интенсивности и характера, обусловленные воспалительными изменениями печени и поджелудочной железой, дуоденостазом и спаечным процессом после операции;

5) **постгастрорезекционная астения**: раздражительность, плаксивость, бессонница, частые головные боли, фиксационная невралгия.
<https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5).

Методически правильно в хронологической последовательности выяснить начало и развитие заболевания. Необходимо подробно выяснить по поводу какого заболевания выполнено оперативное вмешательство. На современном этапе развития у хирургов имеется большой арсенал вариантов резекции желудка в различных модификациях, и для каждого из этих методов в послеоперационном периоде характерны специфические осложнения.

В этой связи предлагается в клинической практике использовать алгоритм сбора анамнеза настоящего заболевания:

1. Когда выполнена резекция желудка?

2. Какое заболевание послужило поводом для оперативного вмешательства?

3. Операция выполнялась в плановом порядке или в порядке экстренной помощи? Так как оперативные вмешательства, выполняемые в порядке неотложной помощи при осложнениях язвенной болезни (перфорация, кровотечение) носят жизни-спасающий характер. В этом случае физиологически обоснованные, но более сложные оперативные технологии не применяются;

4. Изучение медицинской документации, имеющейся в амбулаторной карте больного. Особое внимание необходимо уделить «Выписке из истории болезни» при которой выполнено оперативное вмешательство;

5. При каких условиях и через какое время после операции появились первые признаки настоящего заболевания?

6. Какое реабилитационное лечение и обследование проводилось на догоспитальном этапе?

3.2 Физикальное обследование

Общий осмотр. При общем осмотре определяют состояние сознания, выражение лица, положение, походку, осанку, общий вид, телосложение, состояние кожи лица и видимых слизистых, волосяного покрова и ногтей, подкожно-жировой клетчатки, опорно-двигательного аппарата; измеряют температуру тела и антропометрические показатели. При этом:

- Ведущий клинический симптом: боли в эпигастральной области и справа или слева 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 или через некоторое время после приема пищи.
- Боли проходят после приема антацидов, антисекреторных и спазмолитических препаратов.
- Диспепсический синдром: изжога (ранний и наиболее частый симптом), отрыжка, тошнота, запоры.
- Симптомы хронической интоксикации и астеновегетативные нарушения. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40082480/>

Уровень убедительности рекомендации C (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий. Данные объективного обследования в совокупности с жалобами и анамнезом, уже на этапе поступления пациента позволяют судить о степени тяжести заболевания и наличие сопутствующих состояний.

Перкуссия и пальпация в ряде случаев позволяет выявить опухоль желудка, увеличение печени и селезенки, признаки асцита, увеличенные плотные лимфатические узлы. Осмотр больного необходимо закончить

пальцевым исследованием прямой кишки, а затем зондированием желудка. Полученные при этом объективные данные, независимо от наличия или отсутствия анамнестических указаний на кровавую рвоту и дегтеобразный стул, являются важными признаками, обосновывающими клинический диагноз. [12, 17].

3.3 Перечень основных лабораторных диагностических мероприятий.

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

- Всем пациентам с БОЖ для исключения анемии как следствия скрытых язвенных кровотечений рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа крови с лейко-формулой [16]. Рекомендовано проведение всем пациентам с БОЖ общего (клинического) анализа крови, развернутого с целью комплексной диагностики анемии (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты); Также проведение анализа на биохимический анализ крови.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарии: Клинический анализ крови при неосложненном течении БОЖ чаще всего остается без существенных изменений, но может обнаруживаться и анемия.

- У пациентов с рефрактерным течением БОЖ с целью исключения синдрома Золлингера–Эллисона рекомендуется исследование уровня гастрина сыворотки крови [18].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий. Патогенез гастродуоденальных пептических язв при синдроме Золлингера – Эллисона связан с резкой гиперсекрецией соляной кислоты в результате наличия у пациентов 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 пациентов отмечается резко повышенный уровень желудочного кислотовыделения (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 секретинном, глюкагоном), ультразвуковое исследование и КТ поджелудочной железы, эндосонография желудка.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

Падение уровня гемоглобина, уменьшение числа эритроцитов, снижение гематокрита, несомненно ориентируют в отношении тяжести кровопотери. Однако в первые часы от начала острого кровотечения, даже при его интенсивном характере, гемодилюция не успевает развиться и поэтому все эти показатели могут меняться несущественно [14, 18, 19].

- Пациентам с БОЖ для исключения скрытого язвенного кровотечения рекомендуется выполнение анализа кала на скрытую кровь и копрограмму для определения свойств стула [15, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

Дополнительные лабораторные исследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной или плановой 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 и С;
- Реакция Вассермана.
- Кислотно-основное состояние крови

<https://studfile.net/preview/469239/page:32/>

3.4 Основные (обязательные) и дополнительные диагностические инструментальные обследования, проводимые на амбулаторном уровне.

- Всем пациентам с подозрением на пептическую язву анастомоза БОЖ при отсутствии противопоказаний, для подтверждения диагноза рекомендуется проведение эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Плановое эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, форму, размеры, глубину, состояние дна и краев язвы, позволяет выявить признаки пенетрации, рубцовой деформации и стенозирования просвета органа. Плановое эндоскопическое исследование дает возможность обнаружить другие сопутствующие изменения слизистой оболочки и определить нарушения гастродуоденальной моторики. Для оценки стадии язвенного процесса (обострение, заживление, рубцевание) целесообразно использовать общепринятую в мире классификацию Sakita-Miwa. Пациентам с пептической язвой нужно выполнить контрольное эндоскопическое исследование с взятием прицельной биопсии по окончании курса консервативного лечения. Это, в первую очередь, касается пациентов, у которых сохраняются симптомы язвенной болезни, несмотря на соответствующий курс медикаментозной терапии, либо этиология язвы остается недостаточно ясной [23].

- Экстренное ЭГДФС рекомендуется выполнять всем пациентам с

острым кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта, под процедурной седацией с мониторингом основных параметров жизнедеятельности пациента во время проведения анестезии, параллельно с проведением инфузионно-трансфузионной терапии [10, 22, 23].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** ЭГДС необходимо выполнить в течение 2 часов от момента госпитализации пациента. Решающее значение для установления источника и характера кровотечения, оценки необходимости и возможности остановки/профилактики кровотечения через эндоскоп, а также для прогнозирования риска рецидива кровотечения принадлежит эндоскопическому методу

- Перед выполнением ЭГДФС пациентам с подозрением на язвенное гастродуоденальное кровотечение рекомендуется выполнить зондирование желудка с последующим промыванием желудка [15].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Европейское общество желудочно-кишечной эндоскопии (ESGE) считает возможным для этой цели также использование стимуляторов моторики желудочно-кишечного тракта или Эритромицина (100-200 мг в/в 2 раза в день). Европейское общество желудочно-кишечной эндоскопии (ESGE) также указывает на необходимость интубации трахеи перед проведением ЭГДФС у пациентов с продолжающейся активной кровавой рвотой, энцефалопатией, возбуждением, с целью защиты дыхательных путей пациента от потенциальной аспирации желудочного содержимого [12, 16].

- При обнаружении вовремя ЭГДФС в просвете желудка большого количества крови, сгустков, пищевых масс, рекомендуется извлечь эндоскоп медицинский гибкий для обследования желудочно-кишечного тракта и эвакуировать содержимое через зонд желудочный [15]. **Уровень убедительности рекомендации С** (уровень достоверности доказательств - 5).

- У пациентов с кровотечением рекомендуется стратификация источника кровотечения по классификации J.F. Forrest (1974) [13,23]. **Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств - 3). **Комментарий.** Неотложное эндоскопическое исследование позволяет определить локализацию язвенного дефекта - источника кровотечения, его размеры, глубину, состояние дна и краев, выявить признаки пенетрации или прикрытой перфорации язвы, рубцовой деформации и стеноза, выявить дополнительные эрозивные и язвенные поражения желудка. [12, 22, 23].

- Неотложное эндоскопическое исследование /вмешательство (в течение 24 часов от начала кровотечения и в течение первых двух часов от госпитализации) рекомендуется выполнять всем пациентам с острым кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта [19, 20]. **Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Решающее значение для установления источника и характера кровотечения, оценки необходимости и возможности остановки/профилактики кровотечения с помощью эндоскопа, а также для прогнозирования риска рецидива кровотечения принадлежит эндоскопическому методу. Именно поэтому всем пациентам с кровотечением из верхних отделов ЖКТ показана экстренная ЭГДС.

- Пациентам с подозрением на пептическую язву, которым невозможно выполнение эндоскопического исследования, с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение рентгенографии желудка и двенадцатиперстной кишки с взвесью бария. При синдроме демпинга на рентгенограмме желудка обнаруживается быстрое прогрессирование контраста в тонкой кишке и расширение петли отведения. Типичными рентгенологическими признаками рецидивирующей язвы являются симптом «ниши» (отложения бария), схождение слизистых складок. В случае нарушения афферентной петли вовремя флюороскопии натошак определяется жидкость в культе желудка, что связано с ее рефлюксом из кишечника.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/>

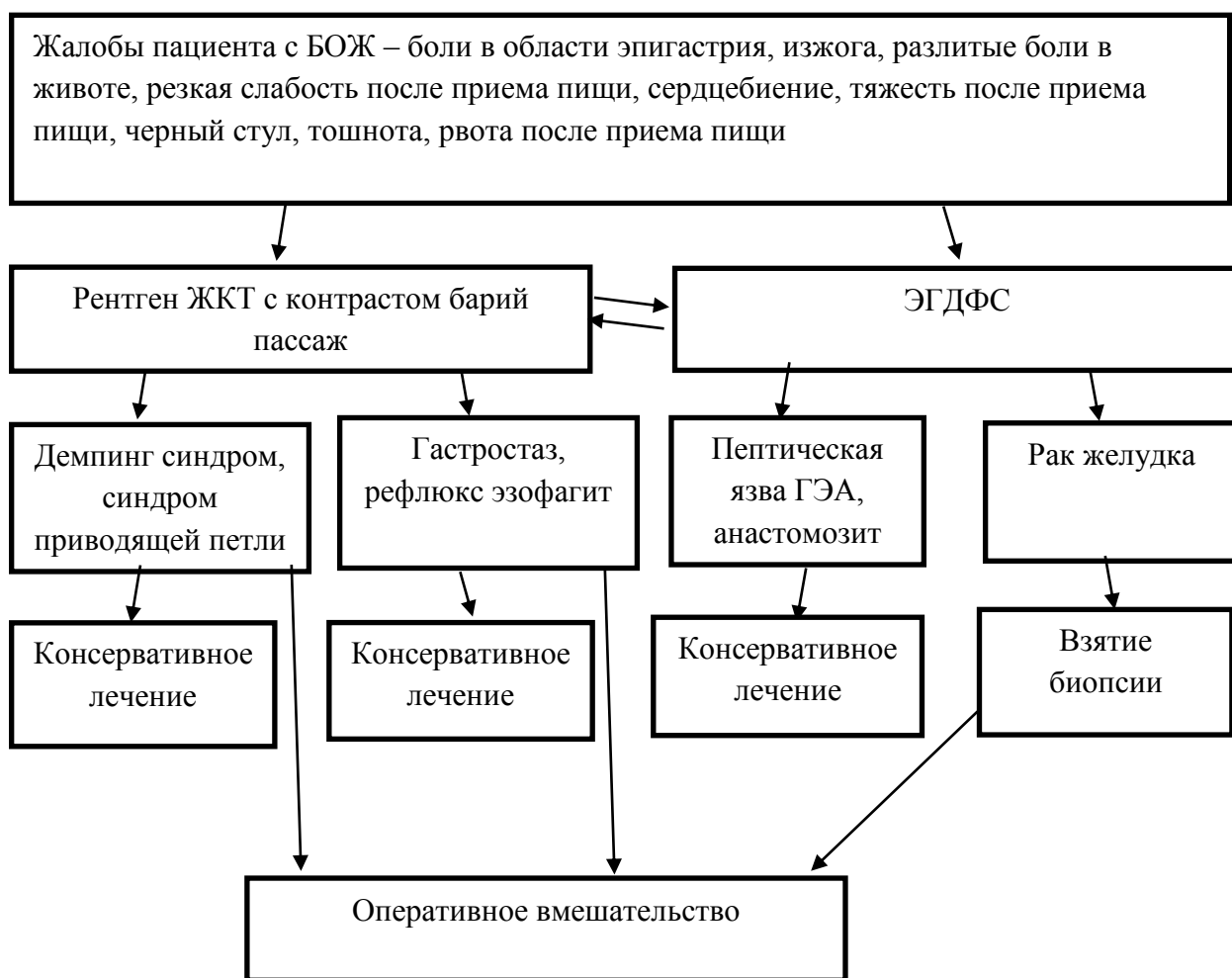
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). **Комментарий.** При рентгенологическом исследовании обнаруживаются прямой признак пептической язвы - «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы ДПК, гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики). Его применяют в тех случаях, когда по каким-то причинам (например, наличие противопоказаний) не удастся провести эндоскопическое исследование, когда с целью дифференциального диагноза с инфильтративно-язвенной формой рака необходимо оценить перистальтику стенки желудка, когда нужно уточнить характер эвакуации из желудка [14,18,28].

3.5 Показания для консультации узких специалистов:

- Консультация дополнительно узких специалистов будут проводится при наличии прочей сопутствующей патологии по показаниям учитывая общее состояние пациента.

<https://www.klinika29.ru/uploads/docs/Алгоритмы%20ведения%20пациентов%20от%202018.pdf>

Ниже на рисунке №1 представлен **диагностический алгоритм действия врача** при болезнях оперированного желудка [1,3]



3.6 Дифференциальный диагноз:

Дифференциальную диагностику необходимо проводить в первую очередь между различными синдромами оперированного желудка [9].

При подозрении на послеоперационный дуодено-гастральный желчный рефлюкс следует учитывать наличие боли и/или ощущения тяжести в надчревной области после еды. Особенно это отмечают больные, перенесшие операции (резекцию желудка, ваготомию, холецистэктомию). Желчный рефлюкс, в том числе и заболевания, которые он вызывает, в частности рефлюкс-гастрит и рефлюкс-эзофагит, могут протекать бессимптомно. В связи с этим инструментальные методы диагностики приобретают особое значение. Для диагностики дуоденогастрального рефлюкса главным методом

является гастродуоденоскопия. Характерными эндоскопическими признаками желчного рефлюкса считаются: очаговая гиперемия, отек слизистой оболочки желудка, желудочное содержимое окрашено в желтый цвет, привратник зияет, из него в желудок порционно поступает желчь. При изучении биоптатов слизистой оболочки желудка выявляют гиперплазию ямочного эпителия, некробиоз и некроз клеток эпителия, отек и полнокровие собственной пластинки без признаков выраженного воспаления, иногда – признаки атрофии. Для диагностики дуоденогастроэзофагеального рефлюкса используют эндоскопию и многочасовой мониторинг pH пищевода. У некоторых больных при эндоскопии пищевода визуально определяют не только воспалительные и деструктивные изменения его слизистой оболочки, но и характерные изменения, присущие пищеводу Барретта, подтвержденные впоследствии при гистологическом анализе биоптатов, взятых из зоны интереса [10, 13]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Клиника демпинг-синдрома весьма характерна и проявляется через 10—15 мин после еды. Клинические проявления начинаются с ощущения полноты в надчревной области и сопровождаются неприятным чувством жара в верхней половине туловища или во всем теле. Резко усиливается потоотделение. Затем наступают слабость, сонливость, головокружение. В ряде случаев эти явления достигают такой силы, что больной вынужден лечь. Приступы сопровождаются тахикардией, иногда одышкой, головной болью, парестезиями верхних и нижних конечностях, вазомоторным ринитом, полиурией. Диспептические явления во время приступа разнообразные: слюнотечение, сухость во рту, изжога, отрыжка. Очень часто бывает урчание в животе, понос в конце приступа или спустя некоторое время после него. Интенсивность приступов может варьировать. В горизонтальном положении общее состояние больного улучшается, что заставляет при тяжелых проявлениях демпинг-синдрома принимать пищу в постели и лежать некоторое время после еды. Демпинг-синдром чаще всего провоцируется молочной и углеводной пищей. [13,16]. <https://www.ksma.ru/wp->

[content/uploads/2022/01/bozh.pdf](https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf)

Гипогликемический синдром возникает у 17% больных подвергшихся резекции желудка, в различные сроки после операции. У больных, перенесших резекцию желудка, пища из культи желудка быстро переходит в тощую кишку, где углеводы, особенно легко усваиваемые, быстро всасываются, вследствие чего быстро повышается уровень сахара крови, появляется гипергликемия (более чем в 2 раза), гипергликемический синдром. В дальнейшем происходит компенсаторное выбрасывание в кровь инсулина, при этом развивается так называемая компенсаторная, или реактивная, гипогликемия — уровень сахара падает и часто оказывается ниже исходных цифр (нередко до 2,78 ммоль/л и ниже). Гипогликемический синдром имеет специфическую клинику. Приступ общей слабости, головокружения, тошноты, чувство голода появляются не сразу после еды, а через 1—1,5 ч. Эти явления сопровождаются обильной потливостью, дрожью во всем теле и купируются пищей, содержащей углеводы. При легком течении заболевания приступы появляются редко, только при нерегулярном питании, больших перерывах между едой. При более тяжелом течении они развиваются после каждого приема пищи [9,16]. [https://www.ksma.ru/wp-](https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf)

[content/uploads/2022/01/bozh.pdf](https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf)

При развитии желудочно-толстокишечного свища больные жалуются на упорные поносы, наличие в кале кусочков пищи принятые недавно (1-2 часа назад), жажду, снижение массы тела иногда рвоту с каловым запахом. Со временем появляется полифагия и полидипсия, отеки, нарушения всех видов обмена веществ. Диагностика проста, если о ней помнить. Выпитая метиленовая синь быстро появляется в испражнениях. При рентгеноскопии ЖКТ контрастная масса из желудка попадает непосредственно в поперечно-ободочную кишку. При ирригографии отмечается попадание контраста в желудок. Убедительные данные можно получить и при фиброгастроскопии, когда визуально удастся обнаружить свищевое отверстие, определить его величину, локализацию и состояние окружающих тканей. Лечение-

оперативное. Как только установлен диагноз, следует сразу же приступить к подготовке этих ослабленных больных к операции, обращая особое внимание на компенсацию всех видов обмена веществ, проводится витаминотерапия, по показаниям - гемотрансфузия. Эти операции тяжелые как для больного, так и для хирурга, требуют очень высокой квалификации [9,13].
<https://www.kσμα.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Постановка диагноза пептической язвы анастомоза не представляет затруднений при наличии характерной клинической картины и сведений о проведенном оперативном вмешательстве. Диагностика заболевания направлена на определение локализации и размеров дефекта, выявление осложнений и сопутствующих патологий желудочно-кишечного тракта. Наиболее информативными являются эзофагогастродуоденоскопия. Введение гибкого эндоскопа в пищевод и культию желудка позволяет оценить состояние анастомоза, обнаружить язвенный дефект, выявить гиперемию и отечность слизистой. Во время эндоскопии выполняется биопсия пораженного участка для последующего гистологического исследования. Рентгенография желудка. Контрастирование пищеварительного тракта при помощи перорального приема сульфата бария помогает обнаружить характерные признаки пептической язвы на рентгенограмме — наличие «ниши», конвергенцию складок слизистой. Метод также применяется для оценки моторной функции желудка. УЗИ брюшной полости. В ходе ультразвукового исследования можно изучить структуру органов пищеварительного тракта и гепатобилиарной системы, состоятельность анастомоза. Методику дополняют проведением дуплексного сканирования сосудов для выявления патологии чревного ствола, брюшного отдела аорты. Дифференциальная диагностика проводится с другими видами болезней оперированного желудка, злокачественными желудочными неоплазиями, первичной язвой тонкой кишки, несостоятельностью анастомоза, острым аппендицитом, панкреатитом, холециститом. Кроме гастроэнтеролога пациенту необходимы консультации хирурга, онколога, гематолога,

эндокринолога.

При обнаружении язвенных поражений необходимо обязательно проводить дифференциальный диагноз между доброкачественными язвами, малигнизацией язв и инфильтративной язвенной формой рака желудка.

При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях злокачественных изъязвлений 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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20363407/>

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

- Боли в животе. Боль при типичном течении БОЖ относительно интенсивная, локализуются в основном в эпигастриальной и параумбиликальной области, возникает регулярно. Боль может принимать 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

протекает под "маской" болей в груди, холецистита, панкреатита, печеночной или почечной колики.

- Кишечная диспепсия при БОЖ 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://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3201/1/tut_ssmu-2019-2.pdf

В таблице № 4 представлена дифференциальная диагностика при БОЖ.

Дифференциальная диагностика при БОЖ			
Диагноз	План обследования	Клинические критерии	Лабораторно-инструментальные признаки
Хронический поверхностный (антральный) <i>H. pylori</i> ассоциированный гастрит	Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностики <i>H. pylori</i> , Кал на скрытую кровь	Симптомы желудочной диспепсии	Эндоскопические и морфологические признаки воспаления слизистой оболочки желудка; <i>H. pylori</i> выявляется в 85-90%;
Функциональная (неязвенная) диспепсия		Язвенноподобный вариант или дипепсический синдром	Отсутствие эндоскопических и морфологических признаков воспаления слизистой желудка
Демпинг синдром		Ранние или поздние иногда ночные боли в пилородуоденальной зоне	Возможно лабораторные УЗИ б/о; ЭГДФС – СПО резекции желудка с широким анастомозом, иногда реакция на скрытую кровь в кале, при пассаже бария – симптом

			проваливания пищи
Аденокарцинома желудка	ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования гастробиоптатов, БУТ для диагностики <i>H.pylori</i> , кал на скрытую кровь	Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; Анорексия, отвращение к мясу, потеря веса (до кахексии)	Анемия гипохромная. > СОЭ ЭГДФС – опухоль. Гистология – дисплазия и атипичные клетки. Интрагастральная рН-метрия - ахлоргидрия; Положительная реакция на скрытую кровь в кале
Хронический панкреатит	Общий анализ крови, копрограмма, эластаза в кале, Амилаза крови, УЗИ или КТ или МРТ органов брюшной полости	«Опоясывающие» боли в левой половине живота с иррадиацией в спину; положительный симптом Мерфи.	УЗИ – увеличение размеров, гиперэхогенность, неровность контуров, кальцинаты и кисты в ПЖЖ, копрограмма – стеаторея, креаторея, > амилазы в крови, >эластазы и >трипсина в кале, стеаторея, креаторея.

4. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

Лечение БОЖ должно быть комплексным и включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих ulcerогенным действием, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение. Пациенты с неосложненным течением БОЖ подлежат консервативному лечению. В большинстве случаев оно проводится амбулаторно. Однако при выраженном болевом синдроме, высоком риске развития осложнений (например, пептические язвы ГДА, выраженный демпинг-синдром, синдром приводящей петли и т.д.) необходимости дообследования с целью верификации диагноза (например, при неясном

характере поражения), тяжелых сопутствующих заболеваниях целесообразна госпитализация пациентов [10].

4.1 Немедикаментозное лечение

Всем пациентам с БОЖ с целью ускорения заживления пептических язв, лучшего усвоения принимаемой пищи рекомендуется диетотерапия. Также стоит придерживаться определенного режима приема пищи:

1. Частое дробное питание небольшими порциями (5-7 раз в день);
2. принимать пищу следует медленно;
3. Ограничение продуктов и блюд, наиболее часто вызывающих демпинг-синдром: сладостей (сахар, мёд, варенье), очень горячих и очень холодных блюд, жидких сладких молочных каш и др.;
4. Недопустимость приёма жидкости вместе с остальными блюдами, т.е. чай, молоко, 3-е блюдо в обед и кефир вечером следует употреблять через 20-30 минут после основного приёма пищи. Количество жидкости за один приём не должно превышать 1 стакана. По возможности лечь на 15-20 мин после еды, особенно после обеда.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Основные принципы диетического питания пациентов с БОЖ, выработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и в настоящее время. Остаются в силе рекомендации частого (5-6 раз в сутки), дробного питания, соответствующие правилу: “шесть маленьких приемов пищи лучше, чем три больших”, механического, термического и химического щажения. Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и наперченную пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соленья и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые. Следует отдавать предпочтение продуктам, обладающим выраженными

буферными свойствами (т.е., способностью связывать и нейтрализовывать соляную кислоту). К ним относятся мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты. Разрешаются также макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы. Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) можно готовить тушеными или в виде пюре и паровых суфле. В пищевой рацион можно включать каши, кисели из сладких сортов ягод, муссы, желе, сырые тертые и печеные яблоки, какао с молоком, некрепкий чай. Нужно помнить и о таких простых, но в то же время важных рекомендациях, как необходимость принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша, сидя, тщательно прожевывать пищу. Это способствует лучшему пропитыванию пищи слюной, буферные возможности которой являются достаточно выраженными.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Диет стол при БОЖ такая же как и при язвенной болезни:

- 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].

4.2 Медикаментозное лечение

При клиническом симптомном течении БОЖ и при отсутствии показаний к оперативному вмешательству показано консервативное лечение. Консервативное лечение подразумевает диетотерапию, общеукрепляющая и

заместительная терапия. При неэффективности консервативного лечения пациентам показано оперативное вмешательство.

- Пациентам с обострением БОЖ с целью достижения заживления пептических язв рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса (ИПН) в течение 4-6 недель [2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** В качестве базисной терапии в настоящее время могут рассматриваться только антациды, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (H₂-блокаторы) и ИПН.

- При неэффективности ИПН или наличии противопоказаний к их применению пациентам с обострением пептических язв с целью достижения заживления язв рекомендуется назначение в течение 4-6 недель блокаторов H-гистаминовых рецепторов [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (ранитидин**, фамотидин**) подавляют секрецию соляной кислоты за счет вытеснения гистамина из связи с H₂-рецепторами париетальных клеток. Эти препараты поддерживают показатели внутрижелудочного pH > 3 на протяжении суток в течение 8-10 часов. Многочисленные проведенные исследования показали, что применение H₂-блокаторов в течение 4-6 недель приводит к рубцеванию язвенного дефекта у 70-80% пациентов с дуоденальными язвами и у 55-60% пациентов с язвами желудка [2].

- Пациентам с обострением БОЖ с целью ускорения сроков заживления язв и улучшения качества образующегося рубца рекомендуется применение ребамипида [39, 40].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). **35 Комментарий.** Ребамипид оказывает как гастро-, так и энтеропротективный эффект. В основе механизмов действия препарата лежит индукция синтеза простагландинов E₂ и I₂ в слизистой оболочке желудка и кишечника, что приводит к активации ее защитных свойств. В результате

улучшается кровоток в стенке желудка и кишечника, усиливается пролиферация эпителиальных клеток, нормализуется проницаемость слизистой оболочки, происходит поглощение кислородных радикалов, повышается секреция желудочной слизи, реализуется противовоспалительное действие. Проведенные исследования продемонстрировали более высокую эффективность ребамипида в заживлении язв желудка по сравнению с плацебо и сходную эффективность ребамипида и омепразола** [23,30].

Основные препараты представлены в таб. №5 и №6.

Таб.№5. Перечень основных лекарственных средств, 100%применяемых при БОЖ

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/
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/

				h.gov/21757914/
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/

Таб.№6 Перечень дополнительных лекарственных средств, применяемых при БОЖ (вероятность применения которых менее 100%).

УУР	Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказанности
С	Противорвотный препарат центрального действия, блокирующий допаминовые рецепторы	Домперидон	Таблетки для приема внутрь, 10 мг	Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/
С	Противорвотный препарат центрального	Метоклопрамид	Таблетки для приема внутрь или	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer

	действия		ампулы для инъекции, 5мг	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/
В	Ферментный препарат	Панкреатин	Капсулы для приема внутрь 25000Ед	https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/b_ozh.pdf

4.3 Оперативное лечение или вмешательство в амбулаторных условиях не проводится.

При поступлении пациента с признаками осложненной формы БОЖ необходимо в экстренном порядке оценить общий статус пациента:

- Определить жалобы и анамнез заболевания
- Провести объективный осмотр, определить пульс и артериальное давление
- По показаниям в амбулаторных условиях взять общий анализ крови (красную часть) и кал на скрытое кровотечение.

Далее решается вопрос об необходимости дальнейшего дообследования в условиях МПЦП или в больницах районного/областного уровня.

5. Показания для госпитализации в стационар

5.1 Показания для экстренной госпитализации:

1. Хирургические вмешательства в условиях районных медицинских объединений не проводятся.

2. Показания к обращению в региональное отделение скорой медицинской помощи и/или реанимации областного многопрофильного центра и/или областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии – болезни оперированного желудка, осложненные пептической язвой с кровотечением, перфорацией, пенетрацией с выраженным болевым синдромом, с

выраженной клиникой демпинг синдрома и приводящей петли, кахексия, выраженная анемия, онкотические отеки.

3. Направление в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии или хирургическое отделение клиник высших учебных заведений – болезни оперированного желудка, осложненные пептической язвой с кровотечением, перфорацией, пенетрацией с выраженным болевым синдромом, с выраженной клиникой демпинг синдрома и приводящей петли, кахексия, выраженная анемия, онкотические отеки.

БОЖ протекающая с осложнениями подлежат экстренной госпитализации:

- перфорация и кровотечение из пептической язвы
- выраженный болевой синдром
- гипогликемический синдром.

5.2 Показания для плановой госпитализации [12]

Показания к плановому стационарному лечению (без операции):

1. Дневной стационар не распространяется на пациентов с БОЖ. Если у пациентов подтверждена осложненная форма болезни, то их следует госпитализировать.
2. Показания для госпитализации в хирургическое отделение клинической больницы и/или районного медицинского объединения и/или частной клиники - осложненная форма болезни.
3. Показания для направления в клиники областных филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии – осложненная форма БОЖ, нуждающаяся в дообследовании и лечении.
4. Показания для направления в клиники Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии

или хирургическое отделение клиник вузов – осложненная форма БОЖ, нуждающаяся в дообследовании и лечении.

Показаниями к плановой госпитализации пациентов с БОЖ служат резко выраженная клиническая картина заболевания с упорным (более 7 дней) болевым синдромом, наличие в желудке и в области анастомоза изъязвлений, требующих дифференциального диагноза между доброкачественными язвами и рецидивным раком желудка, рецидива язвенной болезни с наличием осложнений в анамнезе [29]. Продолжительность стационарного лечения пациентов с обострением БОЖ должна составлять 21 день. Показанием к экстренной госпитализации является наличие признаков кровотечения, перфорации и пенетрации пептической язвы. Пациенты с неосложненным течением БОЖ подлежат лечению в амбулаторных условиях. Пациентам с рецидивом симптомов БОЖ оказывается специализированная медицинская помощь как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при БОЖ. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Все больные с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в стационары, полностью подготовленные к приёму и лечению больных данного профиля организационно, кадрово и материально-технически. В крупных городах целесообразно направлять больных с ЖКК в многопрофильные стационары или в специализированные центры по лечению ЖКК. Каждая клиника, оказывающая помощь пациентам с БОЖ должна располагать протоколом мульти-дисциплинарного ведения таких пациентов. Протокол диагностики и лечения пациентов должен базироваться на национальных клинических рекомендациях и учитывать особенности структуры оказания неотложной помощи и оснащения конкретного лечебно-профилактического учреждения. В клинике, оказывающей помощь пациентам с БОЖ, в любое время суток должна быть доступна современная

эндоскопическая видеоаппаратура, инструментарий и персонал, владеющий основными методами диагностической и лечебной эндоскопии; высококвалифицированная хирургическая, реанимационно-анестезиологическая и, по возможности, рентген-интервенционная служба. Все пациенты с острыми ЖКК должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ. Пациенты с кровотечением из пептической язвы средней и тяжёлой степени, высоким риском рецидива кровотечения, наличием сопутствующей патологии должны находиться на стационарном лечении до снятия угрозы рецидива кровотечения, полной коррекции острых постгеморрагических расстройств и компенсации сопутствующих заболеваний, но не менее 4-х суток.

<https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1425>

6. Тактика ведения пациентов с БОЖ на стационарном уровне.

6.1 Ведение больных с кровотечением из пептических язв на догоспитальном этапе и на этапе поступления в стационар

- Всем пациентам с признаками кровотечения из верхних отделов ЖКТ рекомендуется незамедлительно начать интенсивную терапию на догоспитальном этапе и/или при поступлении в стационар [9, 12, 14, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- Всем пациентам с клиникой гастродуоденального кровотечения рекомендуется парентеральное введение ингибиторов протонного насоса при поступлении в стационар [13, 19, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5). **Комментарий.** Назначение ИПН на догоспитальном этапе и до выполнения первичной ЭГДС уменьшает потребность в проведении эндоскопического гемостаза, но не должно приводить к задержке эндоскопии.

- Пациентам с ЯГДК при немассивной кровопотере рекомендуется проводить инфузионно- трансфузионную терапию рестриктивного характера [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** У пациентов с ЯГДК необходимо достичь целевых показателей адекватности перфузии после осуществления «хирургического» гемостаза. Либеральная инфузионно-трансфузионная терапия, раннее достижение целевых показателей гемодинамики (до хирургического гемостаза) могут приводить к гемодилуции, повышенному перфузионному давлению, что влечёт за собой увеличение кровопотери [32].

- Пациентам с ЯГДК рекомендуется проведение гемотрансфузии при уровне гемоглобина менее 70 г/л; пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями порог начала гемотрансфузии может быть выше - 90 г/л [13, 27, 28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Пациентам с ЯГДК целесообразна трансфузия свежемороженой плазмы при наличии гипокоагуляции и продолжающегося кровотечения или высокого риска его возобновления.

6.2 Немедикаментозное лечение

Всем пациентам с БОЖ с целью ускорения выздоровления рекомендуется диетотерапия. **Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Основные принципы диетического питания пациентов, выработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и в настоящее время.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/> .

Щадящую диету назначают больным через 1 – 2 нед. после операции на 4 мес. При наличии таких осложнений, как гастрит культи желудка, анастомозит, пептическая язва, больные должны соблюдать диету более длительное время. Основное назначение диеты – профилактика или

уменьшение воспалительного процесса, предупреждение демпинг-синдрома.

Демпинг-синдром (от англ. *dumping* – сбрасывание), синдром сбрасывания – одно из ведущих пострезекционных расстройств. Он возникает у некоторых больных после частичного или полного удаления желудка вследствие нарушения нервной и ферментативной регуляции работы органов, участвующих в пищеварении. Как правило, наблюдаются ускоренная эвакуация («сбрасывание») пищи из культи желудка в кишечник, нарушение углеводного обмена и функции оставшейся части желудка. Приступ начинается после еды (чаще после приёма легкоусвояемой пищи, богатой углеводами) и проявляется резкой общей слабостью (иногда с расстройством сознания), головокружением, обильным потоотделением, учащением пульса и снижением артериального давления, сонливостью, отрыжкой, срыгиванием или рвотой, болями в подложечной области, который лучше употреблять «вприкуску». Поваренной соли 8-10 г. Режим питания дробный – 5-6 раз в день. Температура пищи: не выше 55-65° – для горячих блюд и не ниже 15° – для холодных.

Это физиологически полноценная диета с высоким содержанием белка (мясо, рыба), нормальным содержанием сложных углеводов (зерновые продукты, крупы, овощи, несладкие фрукты) и резким ограничением легкоусвояемых углеводов (сахар, сладости, кондитерские изделия, фруктовые воды, консервированные соки), с нормальным содержанием жира, ограничением механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта, с максимальным ограничением азотистых экстрактивных веществ (особенно пуринов), тугоплавких жиров (баранина), продуктов расщепления жира, получающихся при жарении (альдегиды, акролеины), с исключением сильных стимуляторов желчеотделения и секреции поджелудочной железы и кишечных желез, продуктов и блюд, вызывающих демпинг-синдром (сладких жидких молочных каш, например, манной, сладкого молока, сладкого чая, горячего жирного супа и др.).

В дальнейшем, даже при отсутствии признаков болезни оперированного желудка, следует в течение 2-5 лет придерживаться дробного режима питания (4-5 раз в день), ограничивать использование продуктов и блюд, содержащих легко всасывающиеся углеводы, свежее молоко. Рацион должен быть достаточно разнообразным с учетом индивидуальной переносимости продуктов. Больные с хорошим результатом операции и при соблюдении дробного режима питания, как правило, не нуждаются в медикаментозной терапии.

При наличии симптомов постгастрорезекционных расстройств их лечение может быть консервативным и хирургическим. Диетотерапия занимает ведущее место в консервативном лечении болезни оперированного желудка. Пища должна быть разнообразной, высококалорийной, с большим содержанием белка, витаминов, нормальным содержанием жира и сложных углеводов при резком ограничении простых углеводов. Следует также учитывать индивидуальную переносимость продуктов и блюд. Больные обычно хорошо переносят отварное мясо, нежирную колбасу, котлеты из нежирного мяса, рыбные блюда, супы на некрепких мясных и рыбных бульонах, кисломолочные продукты, овощные салаты и винегреты, заправленные растительным маслом. Хуже всего переносятся сахар, молоко, сладкий чай, кофе, компот, мед, сладкие жидкие молочные каши, выпечка из сдобного теста, особенно горячая. Прием пищи должен быть дробным, не менее 6 раз в день.

При демпинг-синдроме начинать еду рекомендуется с плотных блюд, после приема пищи желательно лежать в постели или полулежать в кресле 30 мин. Продукты применяют непротертые, их химический состав и энергетическая ценность – 138 г белка, 110–115 г жира, 390 г углеводов, общая энергетическая ценность – 3000 ккал. Режим питания дробный – 5-6 раз в день. По набору продуктов диета существенно отличается от протертой.

Мясо дают в измельченном виде, а гарниры в непротертом виде (каши-

размазни, мятый картофель). Салаты, свежие фрукты и овощи, черный хлеб исключают. Все блюда – отварные, протертые или приготовленные на пару. Третьи блюда в обед – несладкие (без сахара) или с добавлением ксилита (10-15 г на порцию). Больному выдают строго ограниченное количество сахара. [18,26]. https://www.kostyuk.ru/s_zabolevanijami_zheludka/pit_pos.html

6.3 Медикаментозное лечение

При неосложненном течении БОЖ и при отсутствии показаний к оперативному вмешательству показано консервативное лечение.

- Пациентам с обострением БОЖ с целью достижения заживления пептических язв рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса (ИПН) в течение 4-6 недель [2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При неэффективности ИПН или наличии противопоказаний к их применению пациентам с обострением язвы с целью достижения заживления язв рекомендуется назначение в течение 4-6 недель блокаторов Н-гистаминовых рецепторов [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Пациентам с обострением пептической с целью ускорения сроков заживления язв и улучшения качества образующегося рубца рекомендуется применение ребамипида [39, 40].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Основные препараты представлены в таб. №7 и №8.

Таб.№7. Перечень основных лекарственных средств, 100%применяемых при БОЖ

УУР	Фармако-терапевтичес	МНН лекарственных	Способ применения	Уровень доказанности
-----	----------------------	-------------------	-------------------	----------------------

	кая группа	ного средства		
В	Средство снижающее секрецию желудка – ингибитор протонного насоса	Омепразол Пантапрозол Рабепразол Эзомепразол	Внутрь per os / в/в Капсулы по 20мг, 30мг, 40мг. Порошок для внутривенног о 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/
В	Гастропротект орное 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/
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/

				h.gov/29475806/
С	Антацидное средство + ветрогонное средство	Симальгель (Simalgel-VM) Альмагель Маалокс	Сусп. д/приема внутри 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/

Таб.№8 Перечень дополнительных лекарственных средств, применяемых при БОЖ (вероятность применения которых менее 100%).

УУР	Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказанности
С	Противорвотный препарат центрального действия, блокирующий допаминовые рецепторы	Домперидон	Таблетки для приема внутри, 10 мг	Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/
С	Противорвотный препарат центрального действия	Метоклопрамид	Таблетки для приема внутри или ампулы для инъекции, 5мг	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/
В	Ферментный препарат	Панкреатин	Капсулы для приема внутри 25000Ед	https://www.kσμα.ru/wp-content/uploads/2022/01/b_ozh.pdf

7. Цели лечения:

- купирование активного воспаления в слизистой оболочке желудка;
- купирование болевого и диспепсического синдромов;
- 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>

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПО НОЗОЛОГИИ “НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, НЕ
КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ”**

Ташкент – 2025

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

1.1 Хирургическое лечение.

Пациентов с тяжелыми и осложненными формами БОЖ (кровотечение, перфорация, пилоростеноз, органический синдром приводящей петли и демпинг синдром 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 БОЖ, как правило, необходимо госпитализировать в стационар в экстренном порядке. 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]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26430191/>

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 эзофагогастро-дуоденоскопию 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 продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза, а также при сочетании кровотечения и перфорации язвы, рекомендуется экстренная операция [30, 33, 45].

https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** При рецидивах кровотечения, рефрактерных к эндоскопическому, медикаментозному и эндоваскулярному гемостазу показано оперативное лечение. Объем хирургического вмешательства определяется локализацией и размерами язвы, наличием других осложнений язвенной болезни, а также тяжестью состояния пациента. У пациентов, находящихся в критическом состоянии, возможно выполнение гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащего сосуда в язве [15]. Лечение пациентов с рецидивирующими язвенными гастродуоденальными кровотечениями рецидив кровотечения диагностируется по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным.

- Рекомендуется сочетание эндоскопического и медикаментозного (ИПН) гемостаза [33,36]. **Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств - 5). Лечение больных, находящихся на постоянном приеме антитромботических средств

2.1 Предоперационная подготовка

- Пациентам с БОЖ рекомендуется провести предоперационную подготовку, включающую эмпирическое назначение антибактериальных

препаратов системного действия, коррекцию органной дисфункции, вызванную сопутствующими заболеваниями, установку назогастрального зонда для эвакуации содержимого желудка, гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства. Первая инъекция антибактериальных препаратов системного действия должна быть выполнена до начала операции [36, 37, 43]. **Уровень убедительности рекомендации В** (уровень достоверности доказательств - 3).

- Рекомендуется оценка состояния пациентов с БОЖ для предотвращения прогрессирования органной дисфункции и снижения смертности. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Для оценки тяжести состояния пациентов рекомендуется использовать шкалы (qSOFA, SOFA) [38, 43]. **Уровень убедительности рекомендации С** (уровень достоверности доказательств - 5).

- В случае больших пептических язв, с подозрением на малигнизацию рекомендуется резекция со срочным патологоанатомическим исследованием операционного материала (при возможности) [40, 41].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5).

При анализе отдалённых результатов операций по шкале Visick установлено, что лучшие результаты лечения были получены после первичной резекции 2/3 желудка по Бильрот-I (95,2% больных) и антрумэктомии с передней селективной и задней стволовой ваготомией (95%), после резекции желудка по Бильрот-II положительные результаты получены у 78,1% больных [38]. Условия для резекции желудка: компенсированное состояние пациента и владение врачом-хирургом методикой резекции желудка [44].

Пилоростеноз считается хирургическим заболеванием, то есть патологией, требующей оперативного вмешательства. Тем не менее,

учитывая, что пилоростеноз является осложнением многих болезней желудка, невыраженный пилоростеноз у взрослых не всегда требует хирургического лечения. Это особенно касается функционального пилоростеноза, который лечится устранением отека и спазма пилорического сфинктера. Лечение приобретенного пилоростеноза включает применение способов лечения основной патологии, что является одновременно способом профилактики стеноза привратника и предупреждает дальнейшее сужение пилорического сфинктера. Хирургическое вмешательство является основным, адекватным и целенаправленным лечением пилоростеноза, так как ни один лекарственный препарат не может расширить анатомическое сужение привратника. Если при приобретенном пилоростенозе имеется возможность медикаментозной коррекции пилоростеноза, то врожденный пилоростеноз лечится только хирургическим методом, причем госпитализация проводится по экстренным (неотложным) показаниям, то есть в течение 1 – 3 дней после постановки диагноза. При компенсированном и субкомпенсированном пилоростенозе госпитализация и операция проводятся в плановом порядке (в течение 7 – 30 дней). Если организм сильно истощен, то за 12 часов до операции начинают внутривенно вводить питательные вещества и проводят медикаментозную коррекцию нарушенных процессов в организме.

При **пилоростенозе** проводятся следующие операции:

1. Пилородуоденопластика

2. Пилоромиотомия (пилорус – привратник, мио – мышца, томия – рассечение) по методу Фреде и Рамштенда. Операция представляет собой пластику (изменение формы) привратника, которую применяют при врожденном пилоростенозе у новорожденных. Суть метода в рассечении привратника в продольном направлении (в длину) по линии, где нет кровеносных сосудов (бессосудистая линия).

3. Пилоропластика по Веберу. Отличается от пилоропластики для новорожденных тем, что после рассечения в длину мышечную и серозную

оболочки зашивают в поперечном направлении (в ширину). Это значительно увеличивает просвет привратника. Применяется у взрослых.

4. **Лапароскопическая** операция. Данная операция позволяет выполнить те же техники, что и предыдущие две операции, но без вскрытия брюшной полости. Операция проводится под контролем видеокамеры (лапароскоп). Чтобы провести операцию, хирург прокалывает переднюю брюшную стенку и через маленькое отверстие (величиной с пупок) вводит сам лапароскоп и инструменты. Преимущество такой операции в быстром восстановлении. Лапароскопическая пилоромиотомия проводится, в первую стадию пилоростеноза (компенсированную), когда желудок еще не расширен.

5. **Баллонная дилатация привратника.** С помощью гастроскопа, введенного в желудок, можно расширить привратник, используя баллонные расширители или дилататоры (дилатация – расширение). Операцию проводят под контролем рентгенологического исследования. В просвет привратника вводят баллон, который затем надувают. Баллон механически расширяет суженный просвет. Операция не всегда бывает эффективной с первого раза, поэтому часто проводится повторная дилатация для расширения привратника до нужного диаметра.

6. **Гастроэнтеростомия.** Дословно название операции звучит как «желудок, кишечник, отверстие», то есть суть операции заключается в соединении желудка и кишечника в обход привратника, без резекции желудка. Эта операция проводится лишь в тех случаях, когда сразу провести удаление желудка невозможно или у пациента имеется злокачественная опухоль (данное вмешательство является вынужденной или временной мерой). После зашивания перфоративной язвы ДПК, приблизительно у 10% больных, развивается стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки, требующий повторного оперативного лечения. [2] <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

2.2 Лапароскопические вмешательства при БОЖ

- У пациентов с БОЖ и стабильными показателями витальных функций рекомендуется выполнение хирургического вмешательства лапароскопическим доступом [33, 39]

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/> **Уровень убедительности рекомендации В** (уровень достоверности доказательств - 1).

- Открытая операция рекомендуется при отсутствии лапароскопического оборудования или соответствующих навыков у врача-хирурга [3,4].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** В зарубежных публикациях частота применения лапароскопического ушивания достигает 23% [38]. К преимуществам лапароскопического доступа относятся уменьшение выраженности болевого синдрома, частоты послеоперационных осложнений, сроков лечения в стационаре.

Наряду с ушиванием прободного отверстия, лапароскопическим методом могут быть выполнены: иссечение прободного отверстия, пилоропластика, двухсторонняя стволовая, селективная и селективная проксимальная ваготомии, резекция желудка. Альтернативным вариантом лапароскопического ушивания прободной язвы является лапароскопически ассистированное ушивание прободной язвы, которое включает: диагностическую лапароскопию, удаления выпота и санацию брюшной полости; этап минилапаротомии и ушивание прободного отверстия, ушивание минидоступа; этап лапароскопической санации [3,4].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

- Пациентам с БОЖ и нестабильными показателями витальных функций рекомендуется выполнение вмешательства через лапаротомный доступ [38].

Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств - 1).

Эндоскопическая фиксация сальника и его втягивание в перфоративное отверстие также описывается как эффективное дополнение наряду с

пликацией двенадцатиперстной кишки. Однако все вышеперечисленные методы лечения не признаются стандартными подходами в лечении ПЯ и нуждаются в дальнейшем совершенствовании [44].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

3. Послеоперационное ведение пациентов

- В послеоперационном периоде пациентам с БОЖ рекомендуется проводить медикаментозное лечение, включающее антибактериальные препараты системного действия, анальгетики, ингибиторы протонного насоса и внутривенные инфузии [18, 39,41].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** Антибиотикотерапия подразумевает продолжение эмпирической антибиотикотерапии по одной из стандартных схем, назначенной в рамках предоперационной подготовки. При получении результатов микробиологического исследования перитонеальной жидкости с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия проводится коррекция антибиотикотерапии.

Антисекреторная терапия заключается в назначении ингибиторов протонного насоса (например, пантопразол по 40 мг в/в x 2 раза в сутки в течение не более 7 дней с последующим переходом на таблетированные формы в течение всего периода госпитализации). Послеоперационное ведение пациентов с нарушением витальных функций соответствует основным принципам ведения пациентов с сепсисом [32,47]. При послеоперационном лечении пациентов с ПЯ за рубежом реализуют программу FTS (Fast track surgery) или ERAS (Enhanced recovery after surgery), основными пунктами которых являются: коротко действующие анестетики в раннем послеоперационном периоде, ранняя реабилитация пациента, раннее начало послеоперационного перорального приема жидкости и пищи, раннее удаление мочевого катетера, отказ от использования назогастрального зонда [33, 36]. Чаще такую программу

назначают больным с местным перитонитом [44]. Выполнение программы контролируется в динамике, основным критерием её применения является раннее восстановление перистальтики кишечника. При ранних признаках осложнённого течения послеоперационного периода или при отсутствии перистальтики кишечника программа останавливается.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

- В послеоперационном периоде пациенту, перенесшему хирургическое лечение БОЖ, рекомендуется проведение ежедневной оценки тяжести состояния [18, 41]. **Уровень убедительности рекомендации С** (уровень достоверности доказательств - 5).

- В послеоперационном периоде пациенту, перенесшему хирургическое лечение БОЖ рекомендуется определение основных лабораторных показателей в динамике [1, 4]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5).

- В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательство по поводу БОЖ рекомендуется контроль и уход за дренажами брюшной полости, назогастральным или назоинтестинальным зондом, а также своевременное их удаление [18, 26, 32].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Контроль дренажей подразумевает определение его функциональной способности, характера и объема отделяемого, удаление при отсутствии экссудата. При объеме отделяемого более 50 мл удаление дренажа не целесообразно во избежание формирования абсцесса брюшной полости.

- После операции по поводу БОЖ при наличии тяжелых форм распространенного перитонита и сепсиса пациентов рекомендуется лечить в условиях реанимационного отделения [1,3,32].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670398/>

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

- В послеоперационном периоде пациентам при подозрении на развитие осложнений рекомендуется проведение УЗИ органов брюшной полости (комплексное) или КТ органов брюшной полости [47].
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670398/>

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 4).

4. Выбор метода оперативного вмешательства.

Учитывая, что патологические синдромы после операции желудка по Бильрот-II связаны, главным образом, с потерей резервуарной функции желудка, исключением рефлексогенных зон 12-перстной кишки из пищеварения, хирургическая реконструкция желудочно-кишечного тракта и «исправление» уже выполненной операции должны заключаться в восстановлении нормального пассажа пищи по пищеварительному тракту и создании некоего «заменителя» желудка.

Определяя показания к оперативному лечению, необходимо учитывать степень тяжести синдрома, функциональные и морфологические изменения организма в целом и непосредственно в органах желудочно-кишечного тракта, интенсивность болевых и диспептических расстройств, возраст больных, срок, прошедший после операции на желудке, степень потери трудоспособности, эффективность консервативного лечения (диета, медикаментозное и санаторнокурортное лечение).

Анализируя летальные случаи после реконструктивных операций, необходимо отметить, что длительный отказ от операции и неэффективное консервативное лечение приводят к ухудшению общего состояния организма, делающего гастроэюнодуоденопластику рискованной операцией; при наличии показаний реконструктивная операция должна быть выполнена в кратчайшие сроки, прежде чем разовьются дистрофические изменения в

организме. https://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3201/1/tut_ssmu-2019-2.pdf

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 [24, 38] <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Лечение больных с синдромом приводящей петли представляет трудную задачу. Консервативные мероприятия малоэффективны и сводятся, в основном, к общеукрепляющей терапии (переливание крови и кровезаменителей, внутривенные инъекции растворов глюкозы с витаминами, спазмолитические препараты) и диетолечению. В.Х. Василенко применяет промывание приводящей петли с введением затем антибиотиков широкого спектра действия. Консервативное лечение дает временный эффект, почти у всего больного расстройства возобновляются в первые недели и месяцы после выписки из клиники. Поэтому при тяжелой степени синдрома приводящей петли пациентов следует оперировать. Существует несколько видов оперативных вмешательств при синдроме приводящей

петли:

1. Наиболее частой операцией является реконструктивная гастроеюнодуоденопластика, которая наряду с синдромом приводящей петли излечивает демпинг-синдром, в сочетании с которым он часто встречается.

2. Реконструктивный У-образный анастомоз по Ру.

3. Дуоденоюноанастомоз.

4. Энтеро-энтероанастомоз по Брауну.

5. Подшивание приводящей петли к малой кривизне желудка (при рефлюксе пищи в 12-перстную кишку).

6. Перевод резекции желудка по Бильрот-II в Бильрот-I.

7. Подшивание приводящей и отводящей петель к задней париетальной брюшине (при выпадении приводящей петли в гастроэнтероанастомоз).

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Наиболее радикальными следует считать гастроеюнопластику по Захарову–Генлею и реконструктивную операцию по Бильрот-I. У ослабленных и пожилых больных, а также в случае отсутствия демпинг-синдрома рациональными являются различные межкишечные анастомозы.

При демпинг-синдроме тяжелой выраженности, неэффективности диетотерапии и комплексной медикаментозной терапии проводится хирургическое лечение – реконструктивная гастродуоденопластика. Суть оперативного вмешательства заключается в интерпозиции сегмента тонкой кишки (трансплантата из отводящей петли тощей кишки) между двенадцатиперстной кишкой и культей желудка. Благодаря наложению гастроеюнодуоденоанастомоза происходит восстановление пассажа пищи через 12-перстную кишку, нормализация пищевых рефлексов, функции ферменто- и желчевыделения, замедление пассажа пищевых масс в тощей кишке. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

В большинстве случаев эффективным оказывается прием препаратов, снижающих секреторную функцию желудка, — ингибиторов М-холинорецепторов, H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов, ингибиторов

протонной помпы в комбинации с цитопротективными, антацидными, регенерирующими средствами. При возможном хеликобактериозе проводится антибактериальная элиминация возбудителя с помощью β -лактамных пенициллинов, макролидов, других антибиотиков. Медикаментозную терапию дополняют коррекцией диеты. Оперативное лечение рекомендовано пациентам с терапевтически резистентной пептической язвой, гастриномой, осложненным течением заболевания.

Хирургическое лечение пептической язвы анастомоза. Должно быть патогенетическим и направлено на устранение причины, приведшей к образованию пептической язвы анастомоза. При недостаточной по объёму резекции желудка больному показана повторная резекция не менее 2/3 желудка. Непрерывность ЖКТ может быть восстановлена любым способом, но лучше по Бильрот-1, так как такой анастомоза чаще других позволяют избежать явлений тяжелого демпинг-синдрома.
<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Для профилактики синдрома приводящей петли, необходимо осуществлять следующие мероприятия:

1. Не допускать слишком длинной приводящей петли.
2. При обработке культи желудка и подшивании кишки к изгибу желудка необходимо:

а) сформировать так называемый «киль» по малой кривизне, в результате чего, место подшивания тонкой кишки высоко поднимается по отношению к анастомозу;

б) при подшивании тонкой кишки к культе желудка в промежутке от малой кривизны до гастроеюноанастомоза, кишка слегка ротируется. Первый шов – фиксирует к желудку протвобрыжеечный край кишки, последний фиксирует кишку к желудку непосредственно у основания её брыжейки, при этом кишка слегка гофрируется.

Синдром порочного круга после гастроэнтероанастомоза (circulus vitiosus) развивается после операции изолированного

гастроэнтероанастомоза, или после резекции желудка с формированием желудочно-тонкокишечного анастомоза по Бильрот-2 без использования межкишечного анастомоза по Брауну. В такой ситуации создаются условия для циркуляции пищи и дуоденального содержимого по тонкокишечной отводящей и приводящей петлям в результате порочно-функционирующего межкишечного анастомоза.

Резюмируя вышесказанное, хотим еще раз подчеркнуть, что, несмотря на имеющееся в арсенале современной желудочной хирургии великое множество различных вариантов оперативных вмешательств. При этом дифференцированный подход к выбору того или иного метода операции служит неременным условием для успешного хирургического лечения таких пациентов. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Виды проводимых оперативных вмешательств при БОЖ

«Открытая» хирургия:

- операции при кровоточащей пептической язве;
- ушивание перфоративного отверстия по Оппель-Пилокарпову;
- 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://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

<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 гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – пленкообразующих препаратов, использование полисахаридной гемостатической системы, электрокоагуляция, обкалывание язвы должны использоваться в комбинации с основными методами.

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

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].

Все оперативные методы лечения синдрома **приводящей петли** можно разделить на 3 основные группы:

I. Операции, устраняющие **перегибы и инвагинацию приводящей петли**:

1) подшивание (подвеска) приводящей петли к малому сальнику и заднему листку брюшины;

2) подшивание приводящей петли к малой кривизне;

- 3) устранение перегибов петли с фиксацией швами;
- 4) укорочение приводящей петли;
- 5) удаление большого сальника.

II. Дренирующие операции:

- 1) энтероэнтероанастомоз по Брауну;
- 2) энтероэнтероанастомоз по Ру;
- 3) дуоденоюноанастомоз бок в бок или по Bergeret;
- 4) реимплантация 12-перстной кишки и приводящей петли в отводящую петлю по Таннеру (Таппег-Roux-19);
- 5) пластика гастроэнтероанастомоза (pantaloon-anastomosis) по HoagSaunders-Steinberg.

III. Реконструктивные операции:

- 1) дегастроэнтеростомия после ваготомии и гастроэнтеростомии и выполнение пилоропластики;
- 2) реконструкция анастомоза по Рейхелю-Полиа в гастроэнтероанастомоз по Гофмейстеру-Финстереру;
- 3) реконструкция анастомоза по Бильрот II в гастродуоденоанастомоз по Бильрот I;
- 4) гастроеюнопластика.

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Показания для оперативного вмешательства:

- Пептические нарушения не поддающиеся консервативному лечению
- Кровоточащие пептические язвы, которые не удается остановить консервативным способом;
- Стенозирование привратника, сопровождающийся выраженным нарушением эвакуаторной функции;
- Пенетрация язвы с близлежащие органы;
- Малигнизация [23,31].

<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.

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 [45,46].

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

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В
ДРУГИХ РУБРИКАХ»**

Ташкент – 2025

I. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

1.1. Введение

Пациентам с БОЖ в стадии ремиссии с целью ее сохранения рекомендуется проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях климатической зоны проживания пациента [9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5). Пациентам с БОЖ через 3 месяца после ремиссии 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].

Диспансерное наблюдение пациентов с БОЖ рекомендуется проводить ежегодно в течение 5 лет с момента последнего обострения [5]. **Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств - 5).

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Дальнейшее ведение больных

Больные с БОЖ 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 – 2 раза в год в первые 3 года, далее 1 раз в год.

- ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости – при наличии медицинских показаний.
- Рентген-контрастное исследование органов ЖКТ пассаж бария – при наличии показаний.

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

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

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Диспансерная деятельность	Название медицинских услуг	СВП/СП	МПЦП	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 хирургического вмешательства 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.					

2.1 МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ПРОФИЛАКТИКИ.

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 БОЖ направлена на предупреждение обострения 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 жарения 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 БОЖ ориентирована на больных с уже

поставленным диагнозом и нацелена на снижение вероятности рецидивов и осложнений, на предупреждение или замедление прогрессирующего развития болезни. 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 консервативной терапии.
 - Строгое соблюдение диеты.
 - Санация заболеваний и хронических очагов инфекции, которые могут спровоцировать рецидив.
 - Регулярный контроль состояния в медицинском учреждении.
 - Очень важен психологический комфорт: иногда стрессы и нервные расстройства также могут стать причиной развития заболевания.
- <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

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 БОЖ, скрининг не используется, при этом обследованию подлежат только оперированные пациенты на ранних (доклинических) этапах развития заболевания (вторичная профилактика).

Третичная профилактика, которая направлена на снижение уже возникших осложнений у пациентов с БОЖ, 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.

Первичная профилактика предусматривает активное раннее выявление и лечение больных, угрожаемых в отношении БОЖ, 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 рецидивной терапии. 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].

2.2 Реабилитационные мероприятия.

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/fact-sheets/detail/rehabilitation>)

Цели:

- профилактика прогрессирования обострения БОЖ и её осложнений;
- сохранение/восстановление функции ЖКТ;
- купирование болевого синдрома;
- повышение качества жизни;

В послеоперационном периоде рекомендуется раннее энтеральное питание с постепенным увеличением частоты и объёма принимаемой жидкости и пищи [11, 18, 19]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2). **Комментарий.** Приём жидкости в ограниченном количестве (до 500 мл), как правило, разрешён на следующий день после операции, со 2-3 дня питьевой режим без ограничений. Начало приёма пищи, как правило, приходится на 2-3 послеоперационный день, разрешается питание каждые 2-3 часа ограниченными порциями из набора продуктов стола диеты 0а и 0б, постепенно стол расширяется к 6-7 дню до питания браз в день на основе диеты № 1а с исключением блюд на цельном молоке [11, 18].

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

Пациентам с БОЖ рекомендуется выполнение диагностических исследований, направленных на выявление Н. pylori (см. раздел по диагностике) и проведение эрадикационной и поддерживающей терапии с целью предупреждения рецидивов и ее осложнений [19, 21, 24].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** Выполненный этап хирургического

лечения не снижает риска развития нового витка хирургических осложнений БОЖ, прежде всего, кровотечений, поэтому важно продолжить курс консервативного лечения заболевания до полного излечения пациента. • Пациентам с стенозом и язвой без признаков перфорации/пенетрации с целью его устранения рекомендуется проведение эндоскопической баллонной дилатации [26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При неэффективности эндоскопической баллонной дилатации рекомендовано проведение пилоропластики и дренирующих операций [26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарии:** Показания к хирургическому лечению пациентов с пилородуоденальным стенозом определяются степенью его компенсации, а также состоянием пациентов. Эндоскопическая баллонная дилатация возможна только у пациентов с субкомпенсированным стенозом и с локализацией рубца по передней стенке двенадцатиперстной кишки. Данное эндоскопическое пособие часто приносит временный успех и сопровождается высокой частотой рецидивирования стеноза.

Пациентам с БОЖ в стадии ремиссии с целью ее сохранения рекомендуется санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях климатической зоны проживания пациента [5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Пациентам с БОЖ через 2-3 месяца после стихания обострения целесообразно проведение санаторно-курортного лечения продолжительностью 14-21 день. 61 Санаторно-курортное лечения проводится в санаториях Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др. и включает в себя грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, питье щелочных минеральных вод [5].

Лечебное питание у больных с БОЖ необходимо строго дифференцировать в зависимости от стадии процесса, его клинического

проявления и сопутствующих осложнений. В основе диетического питания у больных 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 БОЖ. Питьевое 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 желудка 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.

Одним из методов лечения больных с БОЖ 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>.

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, ДПК для улучшения крово- и лимфообращения в брюшной полости; нормализации моторики желудка и ДПК, секреторной и нейрогуморальной регуляции пищеварительных процессов; создания благоприятных условий для репаративных процессов в слизистой оболочке желудка при отсутствии противопоказаний [13].

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

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 желудка; нормализация секреторной и моторной функций кишечника; предупреждения застойных явлений и спаечных процессов в брюшной полости. Лечебный массаж назначают для уменьшения возбуждения ЦНС, улучшение 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 желудка - с обеих сторон. Массируют также участок воротниковой зоны D2-C4, живот. <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-шадящий двигательный режим (2-4 дня) начало - на стационарном звене

II этап реабилитации - шадяще-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;
- Рентген-контрастное исследование ЖКТ пассаж бария

9. Индикаторы эффективности профилактических мероприятий

В соответствие с международными шкалами согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, эффективность профилактических мероприятии 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 отсутствиии 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. Гибадулин, Н.В. Хирургическая коррекция постгастрорезекционных и постгастрэктомических синдромов / Н.В. Гибадулин, И.О. Гибадулина // Бюллетень Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 2011. – № 4. –С. 37–38.
2. Куртсеитов, Н.Э. Оптимизация тактики ведения больных с болезнью оперированного желудка / Н.Э. Куртсеитов, Г.Ц. Дамбаев, А.П. Кошель//Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2017. – № 20. –С. 57–63.
3. Черноусов, А.Ф. Хирургические болезни : учебник / А.Ф. Черноусов, Ф.П. Ветшев, С.П. Ветшев; под ред. А.Ф. Черноусова. – Москва : Практическая медицина, 2017. – 504 с. : – ISBN – 978-5-98811-384-3.
4. Порханов, В.А. Хирургические болезни : учебник / под ред. В.А. Порханова, В.А. Авакимяна. – Краснодар : Три-Мил, 2016. – 682 с. : – ISBN – 978-5-600-01469-5
5. Савельев, В.С. Хирургические болезни : учебник в 2-х томах / под ред. В.С. Савельева, А. И. Кириенко; -2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 2 т. – ISBN – 978-5-9704-3997-5.
6. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; 390 (10094): 613-624. doi:10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
7. Chan FKL., Lau JYW. Peptic ulcer disease. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2015
8. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician 2007; 76 (7): 1005-1012.
9. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; vol. 390 (10094): 613-624.
10. 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 2011; 84 (2): 102-113. doi: 10.1159/000323958.

11. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.: МЕД-пресс-информ; 2019:
12. Hawkey CJ, Wight NJ. Clinician's manual on NSAIDs and gastrointestinal complications. London: Life Science Communications, 2001.
13. Хирургическая помощь в Российской Федерации. М., 2022. - 132 с.
14. Болезни оперированного желудка. Клинические рекомендации Российского общества хирургов. Приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию национальных клинических рекомендаций 6 июня 2014 года, г. Воронеж: 1-9.
15. Karstensen JG, Ebigbo A, Aabakken L, et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *Endosc Int Open*. 2018;6(10):E1256-E1263. doi:10.1055/a-0677-2084.
16. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of Nonvariceal Upper
17. Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019;171(11):805-822. doi:10.7326/M19-1795
18. Acute upper gastrointestinal bleeding overview. UK National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
19. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. М.: Медицина, 1996.
20. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. Л. : Медицина, 1982. - 224 с.
21. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.:МЕД пресс-информ, 2009. — 176 с. ISBN 5-98322-547-2.
22. Tomizawa M, Shinozaki F, Hasegawa R, et al. Low hemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. *Biomed Rep*. 2016;5(3):349-352. doi:10.3892/br.2016.727

23. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15:3. Published 2020 Jan 7. doi:10.1186/s13017-019-0283-9.
24. Rassameehiran S, Teerakanok J, Suchartlikitwong S, Nugent K. Utility of the Shock Index for Risk Stratification in Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *South Med J.* 2017;110(11):738-743. doi:10.14423/SMJ.0000000000000729.
25. Saltzman JR. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. 2024 UpToDate.
26. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ.* 2017;356:i6432. Published 2017 Jan 4. doi:10.1136/bmj.i6432.
27. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018 [published correction appears in *Gut.* 2019 Feb;68(2):380. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316276corr1]. *Gut.* 2018;67(10):1757-1768. doi:10.1136/gutjnl-2018-316276.
28. Harewood GC, McConnell JP, Harrington JJ, Mahoney DW, Ahlquist DA. Detection of occult upper gastrointestinal tract bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc.* 2002;77(1):23-28. doi:10.4065/77.1.23.
29. Kim HU. Diagnostic and Treatment Approaches for Refractory Peptic Ulcers. *Clin Endosc.* 2015;48(4):285-290. doi:10.5946/ce.2015.48.4.285.
30. Harewood G.C., McConnel J.P., Harrington J.J. et al. Detection of occult upper
31. gastrointestinal bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc* 2022; vol.77 (1): 23-28.
32. Hunt BJ, Allard S, Keeling D, et al. A practical guideline for the haematological

33. management of major haemorrhage. *Br J Haematol.* 2015;170(6):788-803. doi: 10.1111/bjh.13580.
34. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(10):a1-a46. doi:10.1055/s-0034-1393172.
29. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut.* Published online August 8, 2022. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745.
35. Best LM, Takwoingi Y, Siddique S, et al. Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD012080. Published 2018 Mar 15. doi:10.1002/14651858.CD012080.pub2.
36. Jiang M, Chen P, Gao Q. Systematic Review and Net-Work Meta-Analysis of Upper Gastrointestinal Hemorrhage Interventions. *Cell Physiol Biochem.* 2016;39(6):2477-2491. doi:10.1159/000452515.
37. Gisbert JP, Khorrami S, Carballo F, Calvet X, Gene E, Dominguez-Munoz JE. *H. pylori* eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy (with or without long-term maintenance antisecretory therapy) for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD004062. doi:10.1002/14651858.CD004062.pub2.
38. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66(1):6-30. doi:10.1136/gutjnl2016-312288.
34. Vomero ND, Colpo E. Nutritional care in peptic ulcer. *Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(4):298-302. doi: 10.1590/S0102-67202014000400017.
39. Burget DW, Chiverton SG, Hunt RH. Is there an optimal degree of acid suppression for healing of duodenal ulcers? A model of the relationship between ulcer healing and acid suppression. *Gastroenterology.* 1990;99(2):345-351. doi:10.1016/0016-5085(90)91015-x.

40. Scally B, Emberson JR, Spata E, et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(4):231-241. doi:10.1016/S2468-1253(18)30037-2.

41. Poynard T, Lemaire M, Agostini H. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer. *EurGastroenterol Hepatol.* 1995;7(7):661-665.

42. Hu ZH, Shi AM, Hu DM, Bao JJ. Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trials [published correction appears in *Saudi J Gastroenterol.* 2017 Mar-Apr;23(2):130. doi: 10.4103/1319-3767.203367]. *Saudi J Gastroenterol.* 2017;23(1): 11-19. doi:10.4103/1319-3767.199117.

43. Terano A, Arakawa T, Sugiyama T, et al. Rebamipide, a gastro-protective and antiinflammatory drug, promotes gastric ulcer healing following eradication therapy for *Helicobacter pylori* in a Japanese population: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Gastroenterol.* 2007;42(8):690-693. doi:10.1007/s00535-007-2076-2.

44. Song KH, Lee YC, Fan DM, et al. 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. *Digestion.* 2011;84(3):221-229. doi:10.1159/000329353.

45. Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4):CD003840. Published 2016 Apr 19. doi:10.1002/14651858.CD003840.pub5

46. Зайратьянц, О.В. Пищевод Баррета. Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов. – Текст : электронный / О.В. Зайратьянц, А.В. Кононов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Режим доступа: <http://www.EDU.ROSMINZDRAV.RU> (дата обращения: 01.11.2019).

47. Майстренко Н.А. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан. – Санкт-Петербург : Гиппократ, 2000.– 360 с . : ил. - ISBN 5-8232-0215-6. – Текст : непосредственный.

48. Черноусов, А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, П.М. Богопольский. - Москва : Практическая медицина, 2016. – 352 с. : – ISBN – 978-5-98811-392-8. – Текст :непосредственный.