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

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У
ВЗРОСЛЫХ»**

ТАШКЕНТ 2025

Содержание

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ»	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ»	46
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ»	53

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ»**

ТАШКЕНТ - 2025

1. Введение

Обеспечить медицинский персонал научно обоснованной информацией и рекомендациями с учетом актуальности язвенной болезни, организовать и внедрить систему единого подхода к ранней диагностике, профилактике и лечению заболевания. При разработке протокола использовались клинические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO), Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA), Российской гастроэнтерологической ассоциации (RGA), Российского общества колоректальных хирургов (ROKX).

В этом заявлении, предназначенном для специалистов, которые ухаживают за пациентами с существующими язвенными заболеваниями, представлены текущие клинические данные, соответствующие сроки практики и мнения экспертов.

КОДЫ ПО МКБ-10:

Язва желудка (K25)

K25.0	Острая с кровотечением
K25.1	Острая с прободением
K25.2	Острая с кровотечением и прободением
K25.3	Острая без кровотечения и прободения
K25.4	Хроническая или неуточненная с кровотечением
K25.5	Хроническая или неуточненная с прободением
K25.6	Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
K25.7	Хроническая без кровотечения и прободения
K25.9	Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения
Скачать МКБ (ссылка с МКБ)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

Язва двенадцатиперстной кишки (K26)

K26.0	Острая с кровотечением
K26.1	Острая с прободением
K26.2	Острая с кровотечением и прободением
K26.3	Острая без кровотечения и прободения
K26.4	Хроническая или неуточненная с кровотечением

K26.5	Хроническая или неуточненная с прободением
K26.6	Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
K26.7	Хроническая без кровотечения и прободения
K26.9	Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения
Скачать МКБ (ссылка с МКБ)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

КОДЫ ПО МКБ -11

DA60	Язва желудка
DA60.0	Эрозия желудка
DA60.1	Helicobacter pylori-ассоциированная язва желудка
DA60.2	Helicobacter pylori-ассоциированная и лекарственно-индуцированная язва желудка
DA60.3	стрессовая язва желудка
DA60.4	эозинофильная язва желудка
DA60.5	лимфоцитарная язва желудка
DA60.6	Язва желудка, вызванная внешними причинами
DA60.7	Инфекционная вторичная язва желудка
DA60.Y	другая уточненная язва желудка
DA60.Z	Язва желудка,неуточненная
DA61	Пептическая язва неуточненной локализации
DA62	язва анастомоза
DA63	Язва двенадцатиперстной кишки
Ссылка	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#553678663

Дата разработки и пересмотра национальных клинических протоколов: данный протокол был разработан в 2025 г. Дата пересмотра — 2028 год;

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.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола: ГУ

«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» (РСНПМЦТ и МР)

Участники, внесшие вклад в разработку клинических протоколов :

1. Аляви Б.А.	– директор ГУ «РСНПМЦТ и МР», д.м.н., профессор
2. Исмаилова Ж.А.	– Заместитель директора ГУ «РСНПМЦТ и МР» д.м.н.
3. Каримов М.М.	– Заведующий отделением гастроэнтерологии ГУ «РСНПМЦТ и МР», д.м.н., профессор
4. Дусанова Н.М.	– Старший научный сотрудник отделения гастроэнтерологии ГУ «РСНПМЦТ и МР»

Рецензенты:

1. Рахимова Д.А.	– д.м.н., ГНС руководитель проекта ГУ «РСНПМЦТ и МР»
2. Зуфаров П.С.	– д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии ТМА

Номер и дата выписки из протокола обсуждения проектов Национальных клинических протоколов на заседании многопрофильной рабочей группы:

1. Клинический отчет обсуждался по неофициальной договоренности на итоговом заседании рабочей группы с участием профессоров и преподавателей ОТМ, членов Ассоциации терапевтов Республики Узбекистан, организаторов здравоохранения (директоров РСНПМЦТ и МР). и их заместители) и врачей региональных учреждений, проведенных в онлайн-режиме 7 декабря 2023 года, подтвержден протоколом №1.
2. Клинический протокол рассмотрен ученым советом ГУ «РСНПМЦТ и МР» и утвержден протоколом №5 от 30 ноября 2023 г.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Дўстмухамедова Э.Х. – Заведующий отделением гастроэнтерологии ГУ «РСНПМЦТ и МР».

Экспертное заключение по оценке национального клинического протокола и стандартов экспертами экспертной группы Минздрава:

- (ФИО, место работы, должность/звание)

Выдержка из протокола заседания Координационного совета при Минздраве (дата, номер)

Цели и задачи

Целью настоящего документа является обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и организация системы и единого подхода по ведению больных с язвенной болезнью в Республике Узбекистан.

Предназначение клинического протокола

Использовавшиеся методологические подходы основаны на принципах доказательной медицины, в их основе лежат клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества (2020г).

В настоящем протоколе, предназначенного для специалистов, оказывающих помощь больным с язвенной болезнью, приведены доступные к настоящему дню клинические доказательства, моменты надлежащей практики, а также мнения экспертов.

Данный протокол предоставляет методическую помощь врачам, осуществляющим диагностику и лечение язвенного колита.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИПП	ингибиторы протонной помпы
H. pylori	Helicobacter pylori
КТ	компьютерная томография
НПВП	нестероидные противовоспалительные препараты
ОР	относительный риск
ОШ	отношение шансов
ЭГДС	эзофагогастродуоденоскопия
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЯБ	язвенная болезнь

Термины и определения:

Эрадикация – лечение, направленное на уничтожение инфекции Helicobacter pylori (H. pylori)

Схема эрадикации 1-й линии - схема эрадикации инфекции H pylori, которая назначается в первую очередь.

Схема эрадикации 2-й линии - схема эрадикации, которая назначается при неэффективности схемы 1-й линии H. pylori.

Целевая группа протокола

1. Врачи-гастроэнтерологи.
2. Врачи общей практики (семейные врачи).
3. Врачи-терапевты.
4. Врачи скорой и неотложной помощи.
5. Преподаватели медицинских ВУЗов и колледжей.
6. Студенты, магистры, клинические ординаторы медицинских ВУЗов.

Категория пациентов

Больные с подозрением и установленным диагнозом язвенной болезнью.

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

Уровней достоверности доказательств	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.
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 метаанализа.
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования.
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая.
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов.

Уровни достоверности доказательств с указанием использованной классификации уровней достоверности доказательств (УДД) (на профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия)

Уровней достоверности доказательств	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа.
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования.
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль».
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение эксперта.

Оценочная шкала надежности рекомендаций

Уровень уверенности рекомендаций	
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными).
B	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).
C	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).

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — хроническое рецидивирующее заболевание, при котором образуются язвы в области желудка и двенадцатиперстной кишки.

2.2. Описание:

Язвенная болезнь (ЯБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [1].

Агрессивное звено язвообразования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения, повышение выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка, обсеменение слизистой оболочки желудка микроорганизмами *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)).

Решающая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам *H. pylori*, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B. Marshall) и Дж. Уорреном (J. Warren).

Спектр неблагоприятного влияния *H. pylori* на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Наиболее патогенными являются VacA-штамм *H. pylori*, продуцирующий вакуолизирующий цитотоксин, приводящий к образованию цитоплазматических вакуолей и гибели эпителиальных клеток, и CagA-штамм, экспрессирующий ген, ассоциированный с цитотоксином. *H. pylori* способствуют высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка.

Обсеменение слизистой оболочки желудка *H. pylori* сопровождается развитием

поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обуславливает появление в двенадцатиперстной кишке участков желудочной метаплазии (перестройки эпителия дуоденальной слизистой оболочки по желудочному типу), которые быстро заселяются *H. pylori*. В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов (наследственная предрасположенность, 0 (I) группа крови, курение, нервно-психические стрессы и др.), в участках метаплазированной слизистой оболочки формируется язвенный дефект. Ассоциированными с *H. pylori* оказываются около 80 % язв двенадцатиперстной кишки и 60 % язв желудка [2]. *H. pylori*-негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом НПВП.

Эпидемиология

Показано, что 11–14 % мужчин и 8–11 % женщин в течение жизни могут заболеть ЯБ [3]. В США ежегодно выявляют 500 000 пациентов с впервые обнаруженной ЯБ и более 4 млн пациентов с рецидивами заболевания [2, 4]. ЯБ с локализацией в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем ЯБ с локализацией в желудке. Среди пациентов с дуоденальными язвами мужчины преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым [5]. В последние годы отмечена тенденция к снижению госпитализации пациентов с неосложненными формами ЯБ как в зарубежных странах [6], так и в России. Анализ частоты и распространенности ЯБ в Российской Федерации, по статистическим данным Министерства здравоохранения РФ, за период с 2006 по 2017 г. показал, что заболеваемость ЯБ снизилась со 128,7 до 79,5 на 100 000 населения [7, 8]. В то же время во всем мире отмечено увеличение частоты осложнений ЯБ (кровотечений, перфорации), что обуславливается растущим приемом НПВП [6]. В Великобритании от осложнений язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, связанных с приемом НПВП, ежегодно погибает более 2000 пациентов, в США — более 16 500 пациентов [9].

В последние годы во всем мире наметилась тенденция к снижению числа пациентов с осложненными формами течения язвенной болезни, во многом благодаря эффективности современных схем противоязвенной терапии, повышению доступности

эндоскопической диагностики и активному использованию скрининговых тестов для уточнения наличия *H. pylori*.

2.3. Факторы и группы риска

I. Для стрессовых язв желудка и для стресс-индуцированных повреждений слизистой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) были сформулированы перечисленные ниже факторы риска (согласно ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors, 1998, с дополнениями и изменениями от 2012 г.)

1. Независимые факторы риска:

- коагулопатия (в том числе - вызванная лекарственными препаратами) со следующими показателями: количество тромбоцитов $< 50\ 000\ \text{мм}^3$, INR (МНО) $> 1,5$ или РТТ (частичное тромбопластиновое время) > 2 нормальных показателей;
- дыхательная недостаточность: механическая вентиляция (ИВЛ) ≥ 48 часов.

2. Другие факторы риска:

- повреждения спинного мозга;
- множественные травмы: травма более чем одной области тела;
- печеночная недостаточность: уровень общего билирубина > 5 мг/дл, АСТ > 150 Ед/л (или более чем 3-кратное превышение нормальных показателей по верхней границе) или ALT > 150 Ед/л (или более чем 3-кратное превышение нормальных показателей по верхней границе);
- термические ожоги $> 35\%$ площади поверхности тела;
- частичная резекция печени;
- черепно-мозговая травма с комой и оценкой по шкале Глазго ≤ 10 или с невозможностью выполнять простые команды;
- трансплантация печени или почек;
- язвенная болезнь желудка в анамнезе или кровотечения в течение года до поступления в ОРИТ;
- сепсис или септический шок, с поддержкой гемодинамики вазопрессорами и/или положительной гемокультурой или клинически подозреваемой инфекцией;
- пребывание в ОРИТ более 1 недели;
- скрытое или явное кровотечение длительностью более 6 дней;
- терапия кортикостероидами вне зависимости от пути введения.

Примечание. Некоторые исследователи из США указывают в группе других факторов риска почечную недостаточность (уровень креатинина сыворотки более 4 mg/dL).

II. Язвы, ассоциированные с приемом НПВП.

Согласно рекомендациям American College of Gastroenterology (2009 г.) по

предотвращению осложнений гастропатии, индуцированной НПВП, всех пациентов можно разделить на следующие группы по степени риска токсического воздействия НПВП на пищеварительный тракт:

1. Высокий риск:

- в анамнезе имеется осложненная язва, особенно недавняя;
- множественные (более 2-х) факторы риска.

2. Умеренный риск (1-2 фактора риска):

- возраст старше 65 лет;
- высокая доза НПВП;
- в анамнезе имеется неосложненная язва;
- одновременный прием ацетилсалициловой кислоты (в том числе - в низких дозах), кортикостероидов или антикоагулянтов.

3. Низкий риск: отсутствие факторов риска.

Прием НПВС повышает риск развития кровотечения в 2,74 раза; при возрасте более 50 лет - в 5,57 раза; при ранее имевшихся эпизодах кровотечения или при приеме глюкокортикоидов - в 4,76 раза; при сочетании НПВС с антикоагулянтами - в 12,7 раза.

2.3.1. Классификация

Общепринятой классификации ЯБ не существует.

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

В зависимости от локализации выделяют:

- **язвы желудка** (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала).
- **язвы двенадцатиперстной кишки** (луковицы, постбульбарного отдела),
- **сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.** При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и двенадцатиперстной кишки.

По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта - язвы малых (до 0,5 см в диаметре) и средних (0,6–1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0–3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы.

В диагнозе отмечаются стадия течения заболевания: обострения, заживления, рубцевания (эндоскопически подтвержденная стадия «красного» и «белого» рубца) и ремиссии, а также имеющаяся рубцово-язвенная деформация желудка и/или двенадцатиперстной кишки. При формулировке диагноза указывается наличие осложнений ЯБ (в том числе и анамнестических): кровотечения, прободения, пенетрации, рубцово-язвенного стеноза, а также характер оперативных вмешательств, если они проводились.

2.3.2. Клиническая картина

Ведущим симптомом обострения ЯБ являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника.

Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка).

При язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2–3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли. Боли проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов [5].

При обострении ЯБ часто встречаются также отрыжка кислым, тошнота, запоры. Рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение и потому вызываемая пациентами искусственно, всегда считалась признаком ЯБ, однако в настоящее время она встречается сравнительно редко. При обострении заболевания нередко отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, пациенты ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей. Клинические симптомы, наблюдаемые при обострении язвенной болезни, не являются патогномоничными и могут встречаться при других заболеваниях (например, хроническом гастрите и дуодените с синдромом функциональной диспепсии), поэтому диагноз ЯБ должен обязательно подтверждаться другими инструментальными методами исследования.

В период обострения ЯБ при объективном исследовании часто удается выявить болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная

перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя). Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения ЯБ.

Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов.

В неосложненных случаях ЯБ протекает обычно с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3–4 до 6–8 недель) и ремиссии (длительностью от нескольких недель до многих лет). Под влиянием неблагоприятных факторов (например, таких, как физическое перенапряжение, прием НПВП и/или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребление алкоголем) возможно развитие осложнений. К ним относятся кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза, малигнизация язвы.

Язвенное кровотечение наблюдается у 15–20 % пациентов с ЯБ.

Факторами риска его возникновения служат прием ацетилсалициловой кислоты и НПВП, инфекция *H. pylori* и размеры язв >1 см [6].

Клинические критерии диагностики: гематемезис, мелена, боль в эпигастрии, тахикардия, слабость, головокружение, артериальная гипотензия, ортостатический коллапс.

Симптомы, течение: У пациентов с острым желудочно-кишечным кровотечением проявляются гематемезис, мелена, а также дополнительно симптомы и признаки гиповолемии различной степени.

Признаки гиповолемии:

- снижение артериального давления (систолическое или среднее) более чем на 20 мм рт. ст., лежа, или более чем на 10 мм рт. ст., сидя;
- учащение пульса более чем на 20/мин.;
- снижение гемоглобина более чем на 20 г/л.

Кофейня гуща, мелена, примесь крови в аспирате из желудка по зонду, положительные пробы на кровь в стуле подтверждают факт кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Гематемезис проявляется в виде рвоты кровью, либо рвотой в неизменном виде, либо рвотой в виде темно-коричневого зернистого вещества ("кофейная гуща") - формируется в результате длительного нахождения крови в желудке и превращения соляной кислотой гемоглобина в метгемоглобин.

Мелена (появление измененной крови в прямой кишке) распознается по черному жидкому стулу, иногда с красным оттенком (когда кровь свежая и имеет характерный резкий запах). Это происходит из-за окисления гема кишечными и бактериальными ферментами и

показывает, что источник кровотечения, вероятно, находится в верхнем отделе ЖКТ и определенно проксимальнее илеоцекального соустья. Следует иметь в виду, что мелена может продолжаться в течение нескольких дней после остановки активного кровотечения. Этот факт может сбивать врачей с толку. Кроме того, необходимо отличать мелену от результатов приема внутрь препаратов железа, вызывающих появление липкого, но сравнительно твердого стула серо-черного цвета.

При повышенной перистальтике ЖКТ (например, стимуляция прозеринум) и снижении кислотообразующей функции желудка мелена может содержать примесь свежей неизменной крови, что также может стать причиной диагностической ошибки.

Ректальное кровотечение неизменной кровью напрямую предполагает, что источник кровотечения толстая, прямая кишка или анальное отверстие. Однако следует помнить, что интенсивное кровотечение из верхнего отдела ЖКТ может проявляться таким же образом. Поэтому у пациента с массивным ректальным кровотечением неизменной кровью, особенно при наличии признаков гиповолемии, следует исключить кровотечение из желудка или ДПК.

Если пациенты прежде подвергались хирургическому вмешательству на аорте с установкой протеза, следует рассмотреть возможность аорто-энтерального свища с консультацией сосудистого хирурга.

Язвенное кровотечение проявляется **рвотой содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) или черным дегтеобразным стулом (мелена)**. При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизменной крови. Иногда на первое место в клинической картине язвенного кровотечения выступают общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия), тогда как мелена может появиться лишь спустя несколько часов.

Перфорация (прободение) язвы встречается у 5–15 % пациентов с ЯБ, чаще у мужчин. К ее развитию предрасполагают физическое перенапряжение, прием алкоголя, переизбыток. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («немомого») течения ЯБ. Перфорация язвы клинически манифестируется острейшими («кинжальными») болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния. При обследовании пациента обнаруживаются «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В дальнейшем, иногда после периода мнимого улучшения, прогрессирует картина разлитого перитонита.

Под пенетрацией понимают проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной

кишки в окружающие ткани: поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и общий желчный проток. При пенетрации язвы возникают упорные боли, которые теряют прежнюю связь с приемом пищи, повышается температура тела, в анализах крови выявляется повышение СОЭ. Наличие пенетрации язвы подтверждается рентгенологически и эндоскопически.

Стеноз привратника формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки. Нередко развитию данного осложнения способствует операция ушивания прободной язвы данной области. Наиболее характерными клиническими симптомами стеноза привратника являются рвота пищей, съеденной накануне, а также отрыжка с запахом сероводорода. При пальпации живота в подложечной области можно выявить «поздний шум плеска» (симптом Василенко), у худых пациентов становится иногда видимой перистальтика желудка. При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение пациентов, присоединяются электролитные нарушения. Малигнизация (озлокачествление) доброкачественной язвы желудка является не таким частым осложнением, как считалось раньше. За малигнизацию язвы нередко ошибочно принимаются случаи своевременно не распознанного инфильтративно-язвенного рака желудка. Диагностика малигнизации язвы не всегда оказывается простой. Клинически иногда удается отметить изменение характера течения ЯБ с утратой периодичности и сезонности обострений. В анализах крови обнаруживаются анемия, повышение СОЭ. Окончательное заключение ставится при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из различных участков язвы.

Определенные особенности клинической картины присущи симптоматическим язвам, возникающим на фоне других заболеваний или при приеме лекарственных препаратов.

Так, к стрессовым гастродуоденальным язвам относят острые, обычно множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие при распространенных ожогах (язвы Курлинга), после черепно-мозговых травм и нейрохирургических операций (язвы Кушинга), после обширных полостных операций, особенно связанных с трансплантацией органов, при остром инфаркте миокарда, у пациентов с терминальной стадией хронической почечной и печеночной недостаточности и других критических состояниях. Стрессовые язвы обычно бывают острыми, множественными, часто протекают малосимптомно, отличаются склонностью к желудочно-кишечным кровотечениям и характеризуются высокой летальностью, обусловленной часто тяжелым течением фонового заболевания.

Среди лекарственных язв желудка и двенадцатиперстной кишки наибольшее

значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-ассоциированная гастропатия), блокирующих фермент циклооксигеназу-1, отвечающий за синтез простагландинов в стенке желудка. Гастродуоденальные язвы возникают у 20–25 % пациентов, длительно принимающих НПВП, эрозивные поражения — более чем у 50 % пациентов. К факторам риска их развития относятся пожилой возраст пациентов, наличие в анамнезе ЯБ, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и печени, высокая доза НПВП, одновременный прием антикоагулянтов.

Гастродуоденальные язвы и эрозии, обусловленные приемом НПВП, также часто имеют множественный характер, нередко протекают малосимптомно и манифестируются внезапными желудочно-кишечными кровотечениями (меленой или рвотой содержимым типа «кофейной гущи»). Риск их развития у таких пациентов возрастает в 4–5 раз [11].

2.4. Диагностика

Критерии установления диагноза

Диагноз язвенной болезни устанавливается на основании:

- 1) анамнестических данных (характерные жалобы, выявление язвенной болезни прежде);
- 2) физикального обследования (обнаружение болезненности и резистентности мышц брюшной стенки при пальпации);
- 3) инструментального обследования (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки).

3. Диагностика

3.1. Жалобы и анамнез

Характерные для пациентов с ЯБ жалобы и данные анамнеза указаны в подразделе 1.6.

3.2. Физикальное обследование

Характерные для пациентов с ЯБ данные физикального обследования приведены в подразделе 1.6.

3.3. Лабораторные диагностические исследования

3Б	Всем пациентам с ЯБ с целью исключения анемии как следствия скрытых язвенных кровотечений рекомендуется выполнение общего анализа крови с определением уровня гемоглобина и гематокрита [12].
----	---

Клинический анализ крови при неосложненном течении ЯБ чаще всего остается без существенных изменений, но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая о явных или скрытых кровотечениях.

2Б	Всем пациентам с ЯБ с целью исключения скрытых язвенных кровотечений рекомендуется проведение анализа кала на скрытую кровь [13].
----	---

Определенное место в диагностике обострений ЯБ занимает анализ кала на скрытую кровь. При интерпретации его результатов необходимо помнить, что положительная реакция кала на скрытую кровь встречается и при многих других заболеваниях, что требует их обязательного исключения.

3.4. Инструментальные диагностические исследования

5С	Всем пациентам с подозрением на ЯБ, при отсутствии противопоказаний, с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение эзофагогастродуоденоскопии [2].
----	--

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.

При локализации язвы в желудке практически во всех случаях рекомендуется проводить множественную щипцовую биопсию из краев язвенного дефекта с последующим патоморфологическим исследованием, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения.

При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке выполнение биопсии из краев язвенного дефекта обычно не рекомендуется, так как подобные язвы крайне редко бывают злокачественными. Доброкачественные язвы двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать с изъязвленными формами нейроэндокринных и субэпителиальных опухолей, а также с прорастанием в двенадцатиперстную

кишку опухоли соседних органов, чаще всего - поджелудочной железы. В этих случаях выполнение биопсии безусловно необходимо.

Пациентам с язвой желудка рекомендуется выполнить контрольное эндоскопическое исследование с повторным взятием множественной щипцовой 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.

Пациентам с язвой двенадцатиперстной кишки рекомендуется выполнить контрольное эндоскопическое исследование в тех случаях, если сохраняется отчетливая клиническая симптоматика, несмотря на проведенное лечение, для исключения рефрактерной язвенной болезни и непептической этиологии язвы.

Для оценки стадии язвенного процесса (обострение, заживление, рубцевание) целесообразно использовать общепринятые классификации Sakita и Miwa (Рисунок 1).

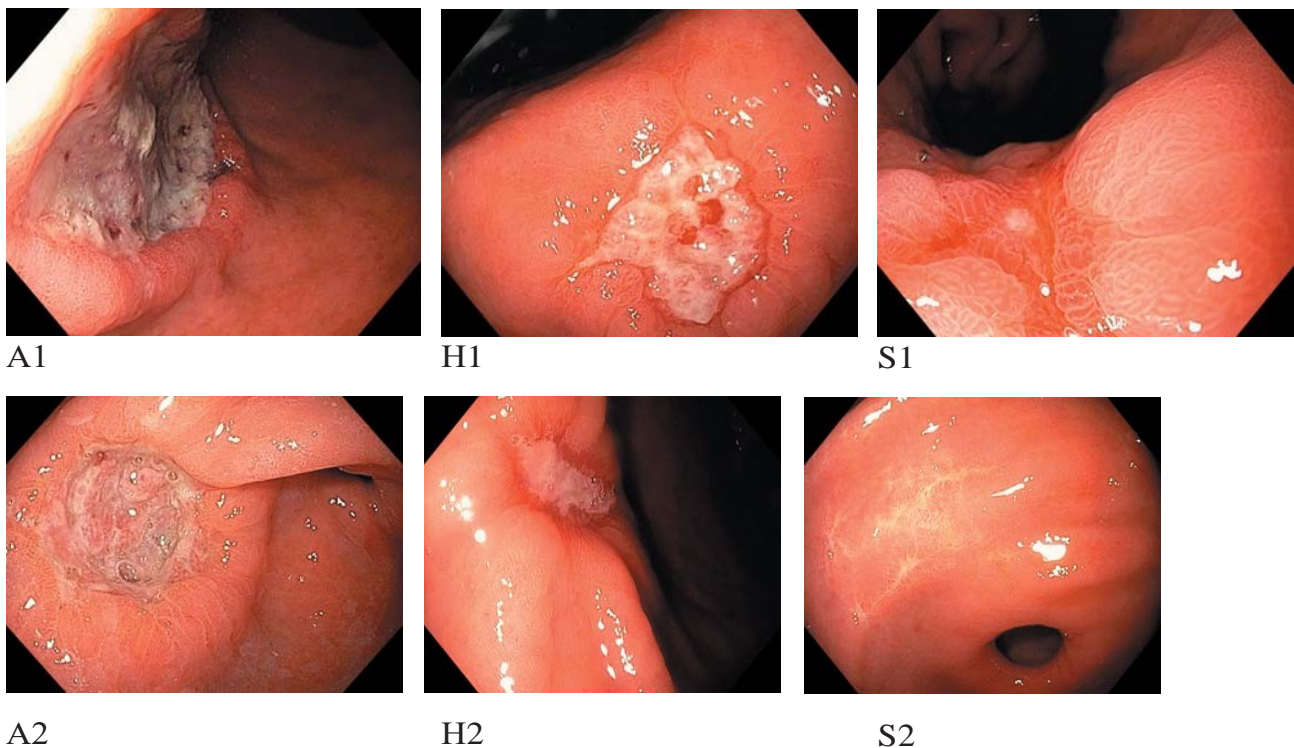


Рис 1. Стадии заживления язвы желудка о Sakita – Miwa

A. (Active) Активная стадия (обострение)

A1 Слизистая оболочка, окружающая язву, выглядит набухшей в результате отёка, регенерация эпителия отсутствует.

A2 Отёк слизистой оболочки вокруг язвы уменьшился, край язвы отчётливо виден, и в крае язвы появились первые ростки регенерирующего эпителия. По периметру язвы часто прослеживается красный ободок, а непосредственно по краю — циркулярный белый струп. Сходящиеся складки слизистой оболочки обычно прослеживаются вплоть до края язвы.

H. (Healing) Стадия заживления

H1 Слой белого фибрина, покрывающий язву, становится тонким, а регенерирующий эпителий распространяется непосредственно на основание язвы. Градиент между краем и дном язвы сглаживается. Но кратер язвы все еще существует, край язвы отчётливо виден. Диаметр язвенного дефекта составляет примерно от половины до двух третей диаметра язвы в стадии A1.

H2 Язвенный дефект меньше, чем в стадии H1, и регенерирующий эпителий покрывает большую часть дна язвы. Площадь слоя белого фибрина составляет примерно от четверти до трети площади язвы в стадии A1.

S (Scarring). Стадия рубца

S1 Регенерирующий эпителий полностью покрывает дно язвы. Белый слой фибрина исчез. Первоначально зона регенерации выглядит ярко красной. При прицельном осмотре можно увидеть большое количество капилляров. Сформировался «красный рубец».

S2 В срок от нескольких месяцев до нескольких лет исходно красный рубец принимает цвет окружающей слизистой оболочки. Сформировался «белый рубец».

5C	Пациентам с подозрением на ЯБ, которым невозможно выполнение эндоскопического исследования, с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение рентгенографии желудка и двенадцатиперстной кишки [2].
----	--

При рентгенологическом исследовании обнаруживаются прямой признак ЯБ — «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 двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики.

В настоящее время к рентгенологическому исследованию с целью

диагностики ЯБ прибегают не столь часто, как раньше. Его применяют в тех случаях, когда по каким-то причинам (например, наличие противопоказаний) не удается провести эндоскопическое исследование, когда с целью дифференциального диагноза с инфильтративно-язвенной формой рака необходимо оценить перистальтику стенки желудка, когда нужно оценить характер эвакуации из желудка.

4Б	Пациентам с подозрением на перфорацию язвы с целью ее подтверждения рекомендуется проведение компьютерной томографии органов брюшной полости [14–18].
----	---

Данный метод позволяет определить наличие свободного газа в брюшной полости, объем и характер выпота, локализовать патологические изменения, в том числе определить расположение перфорационного отверстия.

4Б	У пациентов с подозрением на перфорацию или пенетрацию язвы при невозможности проведения КТ с целью диагностики данных осложнений рекомендуется выполнение УЗИ и обзорной рентгенографии органов брюшной полости [18, 19].
----	--

Важным критерием сохранения жизни пациента и успеха в лечении перфоративной язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки является предоперационный срок - время от начала заболевания до момента выполнения операции. Длительный диагностический поиск может привести к ухудшению состояния пациента с последующим неблагоприятным прогнозом. Только при отсутствии в лечебном учреждении КТ возможно выполнение УЗИ и рентгенографии брюшной полости для диагностики перфорации язвы. Необходимо помнить, что чувствительность и специфичность этих методов ниже таковых по сравнению с КТ, а результат во многом зависит от квалификации специалиста по ультразвуковой диагностике.

4С	Всем пациентам с ЯБ с целью определения показаний к эрадикационной терапии рекомендуется проведение тестирования на наличие инфекции <i>H. pylori</i> с помощью ¹³ С-дыхательного уреазного теста или определения антигена <i>H. pylori</i> в кале, а при одновременном проведении ЭГДС — с помощью быстрого уреазного теста [20, 21].
----	---

Иные диагностические исследования

В соответствии с рекомендациями согласительного совещания «Маастрихт-V» (2016) [20] оптимальными тестами первичной диагностики инфекции *H. pylori* служат ^{13}C -дыхательный уреазный тест и определение антигена *H. pylori* в кале. Так, согласно последнему Кокрейновскому обзору и метаанализу, чувствительность ^{13}C -дыхательного уреазного теста составляет 94 % (95 % ДИ: 0,89–0,97), а определения антигена *H. pylori* в кале — 83 % (95 % ДИ: 0,73–0,90) при фиксированной специфичности в 90 % [21].

Если пациентам, которым необходимо провести тестирование на наличие инфекции *H. pylori* одновременно проводится ЭГДС, то методом первичной диагностики может быть быстрый уреазный тест. При использовании эндоскопических методов диагностики *H. pylori* берут как минимум 2 биоптата из тела желудка и 1 биоптат из антрального отдела. Серологический метод выявления антител к *H. pylori* может применяться для первичной диагностики инфекции *H. pylori*, однако только в том случае, если определяемые антитела относятся к классу IgG. Микробиологический (бактериологический) метод применяется в настоящее время для определения индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам в случаях неэффективности лечения.

Для контроля эрадикации, который проводят через 4–6 недель после окончания эрадикационной терапии, лучше всего применять ^{13}C -уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале. Во избежание ложноотрицательных результатов прием ИППИ необходимо прекратить за 2 недели до предполагаемого контрольного исследования. Кроме того, отрицательный результат исследования на инфекцию *H. pylori* должен быть обязательно подтвержден другим методом диагностики.

5С	У пациентов с рефрактерным течением язвенной болезни с целью исключения синдрома Золлингера - Эллисона рекомендуется определять уровень гастрин-сыворотки крови [22].
----	---

Патогенез гастродуоденальных 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

пищевод, 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, эндоскопическое ультразвуковое исследование.

3.5. Обоснование сравнительного диагноза и дополнительных обследований:

Диагностика	Основа сравнительной диагностики	Исследования	Критерии диагностического исключения
Хронический гастрит	ЭГДС, рентгенография ЖКТ, клинические признаки.	ЭГДС, рентгенография ЖКТ, МРТ, УЗИ.	При ЭГДС-исследовании при хроническом гастрите характерно наличие воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка, отсутствие язв.
Рак желудка	ЭГДС, биопсия, рентгенография ЖКТ, МРТ, УЗИ.	ЭГДС, биопсия, рентгенография ЖКТ, МРТ, УЗИ.	Результаты биопсии, результаты МРТ, длительная лихорадка. Похудание больного вплоть до кахексии.
Синдром Золлингера-Эллисона	Исследование содержимого желудочного сока, ЭГДС, МРТ, УЗИ.	Исследование содержимого желудочного сока, ЭГДС, МРТ, УЗИ, рентгенография ЖКТ.	Язвы обычно множественные, локализуются не только в желудке и двенадцатиперстной кишке, но и в тонкой кишке, а иногда и в пищеводе, сопровождаются четко выраженным болевым синдромом, постоянным

			поносом. Определяется резкое повышение уровня секреции желудочного сока, увеличение количества сывороточного гастрина.
--	--	--	--

4. Тактика лечения на амбулаторном уровне

4.1. Немедикаментозное лечение

- Больной должен быть проинформирован о заболевании, его причине, цели и необходимости лечения, а также о здоровом образе жизни. (Пропаганда здорового образа жизни).
- Не кури. Отказ от курения у пациентов, что в свою очередь уменьшает продолжительность и количество рецидивов, повышает эффективность лечения.
- Ограничьте алкоголь и кофе. Сократите или ограничьте употребление алкоголя и кофе.
- Рациональное питание. Соблюдение диеты, питание понемногу, часто, небольшими порциями, 4-5 раз в день. Исключение из рациона острых, соленых, копченых продуктов, так как они приводят к развитию симптомов.
- Прекратите, если пациент принимает НПВП.

4.2. Медикаментозное лечение

Трехкомпонентная эрадикационная терапия

Стандартная трехкомпонентная эрадикационная терапия 1-й линии проводится в течение 10-14 дней и включает:

- ППИ, 2 р/д.
- Амоксициллин 1 г 2 р/д.
- Кларитромицин 500 мг, 2 р/д.

Список основных препаратов:

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
-------------------------------	--	-------------------	-------------------------

Ингибиторы протонной помпы:	Омепразол 20 мг	по 1 таблетка 2 раза	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian
	Лансопразол 30 мг	по 1 таблетка 2 раза	
	Пантопразол 40 мг	по 1 таблетка 2 раза	
	Рабепразол 20 мг	по 1 таблетка 2 раза	
	Эзомепразол 40 мг	по 1 таблетка 2 раза	
Ингибиторы ККБ:	Вонопразан 20 мг	по 1 таблетка 2 раза	
Цитопротекторы	Тройной цитрат висмута 120 мг	по 1 таблетка 4 раза	
Антибиотики:	Амоксициллин 1000 мг	по 1 таблетка 2 раза	
	Кларитромицин 500 мг	по 1 таблетка 2 раза	
	Метронидазол 500 мг	по 1 таблетка 2 раза	

Список дополнительных препаратов:

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Цитопротектор	Ребамипид 10 мг	по 1 таб. 3 раза	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-
Про и пребиотики	Лактулоза 5 – 10 мл, Сахармицин, лактоферрин		

			pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian
--	--	--	--

4.3. Хирургическое лечение

5С	Пациентов с осложненными формами ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация и др.) рекомендуется госпитализировать с целью решения вопроса об оперативном лечении в стационар хирургического профиля [16, 37, 41].
----	---

Пациентов, страдающих осложненным течением язвенной болезни, как правило, необходимо госпитализировать в стационар в экстренном порядке. Лечение язвенного кровотечения целесообразно начинать в отделении интенсивной терапии.

4.4. Дальнейшее лечение

Послеоперационное ведение ран и уход за пациентами после операции.

- Выбор подходящей диеты для пациента (отказ от употребления или ограничение продуктов, которые нельзя употреблять)
- Сортировка труда и отдыха, занятия физкультурой.
- Непринятие НПВП и ГКС.
- Бросьте курить и алкоголь.
- Санаторно-курортное лечение.

5С	Больным раком желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии для его сохранения рекомендуется использовать метод санаторно-курортного лечения в санаторно-курортных организациях в климатической зоне больного [5].
----	---

Больным язвенной болезнью рекомендуется лечение в санаториях-курортах в течение 14-21 дня через 2-3 месяца после стихания обострения заболевания.

4.5. Показатели безопасности и эффективности методов диагностики и лечения, представленных в протоколе

- Если симптомов заболевания нет - качество жизни улучшится.
- Рубцевание раневого дефекта (доказано в ЭГДС).

5. Указания по госпитализации в зависимости от вида медицинской помощи

5.1. Инструкции по поступлению в стационар планового ухода

- После 2-х линий лечения, если *Helicobacter pylori* не эрадикационна, рекомендуется прием *Helicobacter pylori*-чувствительных антибиотиков (для этого необходимо провести посев кала или биопсии желудка, полученной методом EGDFS). МТШ следует лечить в отделении внутренних болезней.

5.2. Инструкция по поступлению в больницу скорой помощи

- При развитии осложнений (кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника) лечение ЦРБ следует проводить в хирургическом отделении.

6. Тактика лечения на стационарном уровне

Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать не только назначение препаратов, но и различные мероприятия: диету, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов с ulcerogennym действием, нормализацию труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.

Пациентов с неосложненным ЯК следует лечить консервативно. В большинстве случаев ее проводят амбулаторно. Однако целесообразна госпитализация больных с выраженным болевым синдромом, высоким риском развития осложнений (например, крупных и огромных язв), необходимостью дополнительного обследования для верификации диагноза (например, при неясном характере травмы желудка с язвой) и наличии тяжелых сопутствующих заболеваний.

а. Немедикаментозное лечение

5С	Диетическая терапия рекомендуется всем пациентом с ЯБ для ускорения заживления ран [23].
----	--

Основные принципы диетического питания больных язвенной болезнью, разработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и сегодня. Не потеряли своей актуальности рекомендации по частому (5-6 раз в день) порционному питанию, соответствующие следующему правилу: «шесть небольших приемов пищи лучше, чем три обильных», механическая, термическая и химическая экономия. Из рациона следует исключить продукты, оказывающие раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и стимулирующие выделение соляной кислоты: насыщенные мясные и рыбные бульоны, жареную и острую пищу, копчености и консервы, добавки и специи (лук, чеснок, перец), горчица), соленья и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое вино, шампанское, кофе, цитрусовые.

Предпочтение следует отдавать продуктам с буферными свойствами (то есть способным связывать и нейтрализовать соляную кислоту). К ним относятся мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты. Также разрешены макароны,

сухой белый хлеб, сухое печенье и печенье, молочные и вегетарианские супы. Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) можно готовить в виде тушеного или пюре-парового суфле. В рацион можно включать каши, кисель из сладких сортов фруктов, муссы, кисели, сырые нарезанные и вареные яблоки, какао с молоком, негорький 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.

в. Консервативное лечение

5С	Пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса в течение 4–6 недель [2, 3].
----	---

В 1990 г. W. Burget и соавт. [24] опубликовали данные метаанализа 300 работ, на основании которого пришли к заключению, что язвы желудка и двенадцатиперстной кишки рубцуются почти во всех случаях, если в течение суток удастся поддерживать рН внутрижелудочного содержимого >3 около 18 часов в сутки. В последующем все работы, посвященные применению антисекреторных препаратов, содержат в себе ссылку на эти данные, получившие название «правила Бурже (Burget)». С учетом указанного правила в качестве базисной противоязвенной терапии в настоящее время могут рассматриваться только антациды, H_2 -блокаторы и ингибиторы протонной помпы (ИПП). Согласно одному из последних метаанализов, H_2 -блокаторы и ИПП достоверно эффективнее плацебо в рамках достижения рубцевания язвенного дефекта (ОШ 3,49, 95 % ДИ: 3,28–3,72; $p < 0,0001$) и снижения риска повторного кровотечения при осложненном течении заболевания (ОШ 0,68, 95 % ДИ: 0,60–0,78; $p < 0,0001$) [25].

Лишь препараты этой группы могут выполнить после их приема условия правила продолжительности повышения рН в желудке, необходимой для заживления гастродуоденальных язв. В настоящее время ИПП являются средством базисной терапии обострения ЯБ. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки. Многочисленные рандомизированные сравнительные исследования (включая

метааналитические) свидетельствовали о значительно более высокой эффективности ИПП по сравнению с H₂-блокаторами в устранении клинических симптомов и достижении рубцевания язв [26, 27]. Недавний метаанализ продемонстрировал, что ИПП практически в 1,5 раза эффективнее H₂-блокаторов в отношении эпителизации язвенного дефекта (ОШ 5,22, 95 % ДИ: 4,00–6,80 против ОШ 3,80, 95 % ДИ: 3,44–4,20; p < 0,0001) [25].

Базисная антисекреторная терапия с применением ИПП служит основным методом лечения идиопатических гастродуоденальных язв.

В настоящее время существует протокол фармакотерапии ЯБ, который предусматривает назначение выбранного препарата в стандартной суточной дозе: омепразола**¹ — в дозе 20 мг, лансопразола — в дозе 30 мг, пантопразола — в дозе 40 мг, рабепразола — в дозе 20 мг, эзомепразола** — в дозе 20 мг. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами 2–4 недели.

При применении ИПП, метаболизирующихся системой цитохрома P450, могут остро вставать вопросы конкурентного лекарственного взаимодействия с препаратами, метаболизм которых также осуществляется с помощью указанной системы. Среди всех ИПП самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют пантопразол и рабепразол, основной метаболизм которых осуществляется без участия данной ферментной системы.

5С

При неэффективности ИПП или наличии противопоказаний к их применению пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется назначение в течение 4–6 недель блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов [2].

H₂-блокаторы гистамина (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. Проведенные многочисленные 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]. Последний метаанализ продемонстрировал, что H₂-блокаторы значительно эффективнее плацебо в достижении рубцевания язвенного дефекта (ОШ 3,80, 95 %

ДИ: 3,44–4,20; $p < 0,0001$) [25]. Тем не менее, после того как в клинической практике в качестве базисной антисекреторной терапии стали широко применяться ИППН, H_2 -блокаторы утратили свои позиции и в настоящее время применяются редко, главным образом при невозможности применения ИППН или же в комбинации с ними с целью усиления антисекреторного действия.

1А	Всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию <i>H. pylori</i> с целью профилактики последующих рецидивов ЯБ рекомендуется проведение эрадикационной терапии [20, 28].
----	---

В метаанализе, обобщившем результаты 5 рандомизированных контролируемых исследований в популяции пациентов с язвенной болезнью, осложненной перфорацией, было продемонстрировано, что эрадикационная терапия значительно снижает риск рецидива заболевания в течение года после ушивания дефекта (ОР 1,49; 95 % ДИ: 1,10–2,03) [28]. Согласно Кокрейновскому обзору и другому метаанализу, эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* у инфицированных пациентов с язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ОР = 0,20; 95 % ДИ: 0,15–0,26) и желудка (ОР = 0,29; 95 % ДИ 0,20–0,42) в сравнении с плацебо [29].

Согласно рекомендациям последнего согласительного совещания Европейской рабочей группы по изучению *H. pylori* «Маастрихт-V» (2016) [20], выбор той или иной схемы эрадикации зависит от частоты резистентности штаммов *H. pylori* в данном регионе к кларитромицину**. Если показатели резистентности к кларитромицину в регионе не превышают 15 %, то в качестве схемы первой линии назначается стандартная тройная терапия без предварительного тестирования.

В настоящее время разработаны меры, которые позволяют повысить эффективность стандартной тройной терапии.

1. Назначение дважды в день повышенной дозы ИПП (удвоенной по сравнению со стандартной) [20].
2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином до 14 дней. В настоящее время отмечено, что только такая продолжительность обеспечивает сопоставимую эффективность стандартной тройной терапии с эффективностью других схем [20].
3. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением

назначенного режима приема лекарственных средств.

Как вариант эрадикационной терапии первой линии (например, при непереносимости препаратов группы пенициллина) может быть назначена классическая четырехкомпонентная схема на основе висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10–14 дней [20].

Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом применяется также как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии. Другой схемой терапии второй линии служит эрадикационная схема, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), левофлоксацин** (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин** (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки). Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только гастроэнтерологом по взвешенным показаниям.

Терапия третьей линии основывается на определении индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам [30].

2Б	Пациентам с обострением ЯБ с целью ускорения сроков заживления язв и улучшения качества образуемого рубца рекомендуется применение ребамипида [31, 32].
----	---

Новым препаратом, предложенным для лечения больных ЯБ, служит ребамипид, представляющий собой производное хинолинонов и оказывающий 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 [31, 32].

1A	Пациентам с ЯБ, инфицированным <i>H. pylori</i> , с целью повышения эффективности эрадикационной терапии рекомендуется добавление в схемы эрадикации рабамипида [33, 34].
----	---

Два метаанализа, включая 6 и 11 рандомизированных контролируемых исследований, подтвердили увеличение частоты эрадикации при добавлении рабамипида к его схемам [33, 34].

1A	Пациентам с лабораторно и эндоскопически подтвержденным язвенным кровотечением с целью его остановки в рамках других мероприятий по достижению гемостаза рекомендуется внутривенное введение ингибиторов протонного насоса [35, 36].
----	--

Основные язвенных кровотечений и снижению риска развития повторных кровотечений способствует применение ИПП [35]. При этом одновременно болюсно внутривенно вводится 80 мг эзомепразола с последующей непрерывной внутривенной инфузией этого препарата (в дозе 8 мг в час) в течение 72 часов [36]. Согласно одному из последних метаанализов, внутривенное применение ИПП способствует значительному снижению риска повторных кровотечений (ОШ 2,24, 95 % ДИ: 1,02–4,90) [35]. После перевода пациента на пероральный прием препаратов проводится эрадикационная терапия.

Список основных препаратов:

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Ингибиторы протонной помпы:	Омепразол 20 мг	по 1 таблетка 2 раза	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf
	Лансопризол 30 мг	по 1 таблетка 2 раза	https://www.worldgastroenterology.org/guideline
	Пантопризол 40 мг	по 1 таблетка 2	

		раза	s/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian
	Рабепразол 20 мг	по 1 таблетка 2 раза	
	Эзомепразол 40 мг	по 1 таблетка 2 раза	
Ингибиторы ККБ:	Вонопрозан 20 мг	по 1 таблетка 2 раза	
Цитопротекторы	Тройной цитрат висмута 120 мг	по 1 таблетка 4 раза	
Антибиотики:	Амоксициллин 1000 мг	по 1 таблетка 2 раза	
	Кларитромицин 500 мг	по 1 таблетка 2 раза	
	Метронидазол 500 мг	по 1 таблетка 2 раза	

Список дополнительных препаратов:

Фармакотерапевтическая группа	Международное фирменное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Цитопротектор	Ребамипид 10 мг	по 1 таб. 3 раза	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf
Про и пребиотики	Лактулоза 5 – 10 мл, Сахармицин, лактоферрин		https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian

с. Хирургическое лечение

5С	Пациентов с осложненными формами ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация и др.) рекомендуется госпитализировать с целью решения вопроса об оперативном лечении в стационар хирургического профиля [16, 37, 41].
----	---

Пациентов, страдающих осложненным течением язвенной болезни, как правило, необходимо госпитализировать в стационар в экстренном порядке. Лечение язвенного кровотечения целесообразно начинать в отделении интенсивной терапии.

Главной задачей лечения в отделении интенсивной терапии является:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. стабилизация состояния пациента - восполнение объема циркулирующей крови; 2. борьба с проявлениями гиповолемического шока; 3. адекватное обезболивание; 4. лечение декомпенсированных сопутствующих заболеваний и синдрома системной воспалительной реакции, после чего могут быть применены хирургический и/или эндоскопический методы лечения [10, 37, 38, 42, 43]. 	

Важно отметить, что при язвенном кровотечении риск смерти коморбидного пациента прямо коррелирует с количеством сопутствующих заболеваний [44]. 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 [45].

5С	Пациентам с язвенным кровотечением проведение эзофагогастродуоденоскопии с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые 2 часа после госпитализации [39].
----	--

1А	Пациентам с язвенным кровотечением повторную эзофагогастродуоденоскопию с целью динамического контроля источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить только при рецидиве
----	---

кровотечения и в случае высокого риска его развития [46, 47].

Оценка язвенного кровотечения проводится по **классификации Forrest**.

Тури	
Тип F-I-активное кровотечение	
I a	пульсирующей струей
I b	подтекание крови
Тип F-II –признаки недавнего кровотечения	
II a	видимый (некровоточащий) сосуд
II b	фиксированный тромб-сгусток
II c	плоское черное пятно (черное дно язвы)
Тип F-III-язва с чистым (белым) дном	

Показания к применению эндоскопических методов гемостаза:

- 1.Активное, продолжающееся в момент осмотра, кровотечение типов F 1a и F 1b.
- 2.Высокий риск рецидива кровотечения — типы F IIa и FIIIb.

Ряд исследований подтверждают, что выполнение лечебной эндоскопии для остановки язвенного кровотечения достоверно снижает смертность, необходимость хирургического вмешательства, риск рецидива кровотечения, а также время продолжающегося кровотечения в сравнении с фармакотерапией [48].

По данным литературы, эндоскопическая остановка кровотечения является «золотым стандартом» в лечении больных с язвенными кровотечениями.

Своевременное и правильное эндоскопическое пособие позволяет достичь устойчивого гемостаза в 89–92 % случаев.

Наиболее эффективным эндоскопическим способом остановки кровотечения являются клипирование кровоточащего сосуда и аргоно-плазменная коагуляция. Другие методы эндоскопической остановки кровотечений, такие как электрокоагуляция, обкалывание язвы, нанесение пленкообразующих препаратов, гемоспрей, эндоклот, должны использоваться в комбинации с основными методами.

По данным систематического обзора В. J. Elmunzer и соавт, факторами риска

рецидива кровотечения являются: большой размер язвы (более 1 см в диаметре), расположение язвы на малой кривизне желудка и на задней стенке двенадцатиперстной кишки, а также нестабильная гемодинамика - снижение артериального давления во время кровотечения с последующим повышением на фоне восполнения объема циркулирующей крови [46]. Также важно отметить, что прием антикоагулянтов и дезагрегантов существенно повышает риск развития язвенного кровотечения, в том числе повторного, равно как и резкое повышение артериального давления (например, как реакция на боль или вследствие пропущенной дозы антигипертензивного препарата). Выполнение повторной ЭГДС у пациентов с низким риском рецидива кровотечения не влияет на частоту рецидивов кровотечения и экономически нецелесообразно [37, 38, 47].

2С	Пациентам с язвенным кровотечением экстренное хирургическое вмешательство с целью верификации источника кровотечения и его остановки рекомендуется проводить при неэффективности эндоскопического гемостаза в максимально ранние сроки [10, 37, 38, 49].
----	--

Хирургическое лечение больных с язвенным кровотечением показано в тех случаях, когда нет возможности контролировать его эндоскопически (при продолжающемся кровотечении или при его рецидиве). Несвоевременное хирургическое лечение ухудшает прогноз пациента и увеличивает риск летального исхода. Операция необходима для достижения надежного гемостаза и снижения риска рецидива кровотечения. Объем предполагаемой операции зависит от состояния пациента, но важно помнить, что хирургическое вмешательство должно носить максимально щадящий характер. У пациентов с высоким риском хирургического вмешательства предпочтительно выполнение рентгеноэндоваскулярной селективной ангиографии с последующей окклюзией кровоточащего сосуда. Согласно зарубежным рекомендациям, наиболее предпочтительным является выполнение гастротомии (пилородуоденотомии) с прошиванием кровоточащего сосуда и ушиванием язвенного дефекта, однако этот метод уступает по своей надежности резекционным операциям [10]. Наилучший результат при лечении рефрактерных осложненных язв отмечен при сочетании резекции желудка с наложением гастроюноанастомоза и ваготомией [50], однако в зарубежной литературе ваготомия рассматривается как сложная, ограниченно применимая опция, для полноценного признания которой должны быть проведены

исследования высокого уровня доказательности [51]. Российское научное хирургическое сообщество рекомендует выполнение ваготомии, ограничивая при этом показания к ее проведению [39].

Резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни необходимо выполнять по Б-II в модификации Гофмейстера - Финстерера. При этом виде резекции желудка щелочное содержимое двенадцатиперстной кишки попадает в культю желудка и ощелачивает содержимое, что предупреждает развитие рецидива язвы в культе и в гастроэнтероанастомозе. При резекции желудка по Ру ощелачивания не происходит, и вероятность рецидива язвы значительно выше.

3В	Пациентам с перфорацией язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки рекомендуется проведение экстренной операции с целью ликвидации перфорационного отверстия [16, 38, 52].
----	---

Перфорация язвы - это распространенное осложнение, которое неизбежно ведет к развитию перитонита и имеет высокую летальность среди пациентов, достигающую 30 %. Наиболее высокая летальность наблюдается среди пожилых пациентов, а наибольшая смертность отмечена в группе пациентов с поздней госпитализацией (больше 24 часов от развития данного осложнения). Лапаротомный доступ не имеет преимуществ перед лапароскопическим. Предпочтительным является выполнение лапароскопического вмешательства - ушивание перфоративного отверстия с санацией и дренированием брюшной полости [16, 38, 52]. Однако клиническая картина течения столь грозного осложнения может быть очень разнообразной, и эксперты признают, что объем операции зависит прежде всего от состояния пациента [52]. В отечественных клинических рекомендациях по лечению перфоративной язвы более подробно рассмотрены варианты хирургического лечения [40].

1А	Пациентам с язвенной болезнью после хирургического лечения рекомендуется выполнение тестирования на инфекцию <i>H. pylori</i> и проведение эрадикационной и поддерживающей терапии с целью предупреждения рецидивов ЯБ и ее осложнений [37, 53, 54].
----	--

Выполненный этап хирургического лечения не снижает риска развития нового витка хирургических осложнений язвенной болезни, прежде всего кровотечений, поэтому важно продолжить курс консервативного лечения заболевания до полного

излечения пациента.

1А	Пациентам с отрицательным результатом теста на наличие <i>H. pylori</i> , выполненного после экстренных вмешательств, с целью исключения его ложноотрицательного характера целесообразно проведение повторного тестирования в плановом порядке другим методом [55].
----	---

Для снижения риска повторных язвенных кровотечений необходимо добиться стойкой эрадикации *H. pylori*. Исследования показали, что доля ложноотрицательных результатов при острых язвенных кровотечениях достигает 25–55 %, в связи с этим необходимо дополнительное проведение тестов для достоверного исключения инфицирования *H. pylori* [56].

5С	Пациентам с пилородуоденальным стенозом с целью его устранения рекомендуется проведение эндоскопической баллонной дилатации. При ее неэффективности рекомендуется проведение пилоропластики и дренирующих операций [38].
----	--

Показания к хирургическому лечению пациентов с пилородуоденальным стенозом определяются степенью его компенсации, а также состоянием пациентов. Эндоскопическая баллонная дилатация возможна только у больных с субкомпенсированным стенозом и с локализацией рубца по передней стенке двенадцатиперстной кишки. Данное эндоскопическое пособие часто носит временный успех и сопровождается высокой частотой рецидивирования стеноза.

d. Медицинская реабилитация

5С	Пациентам с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии с целью ее сохранения рекомендуется санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях климатической зоны проживания пациента [5].
----	--

Пациентам с язвенной болезнью через 2–3 месяца после стихания обострения рекомендуется санаторно-курортное лечение продолжительностью 14–21 день.

Санаторно-курортное лечение проводится в санаториях Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др. и включает в себя грязе и торфо лечение, хвойно-морские ванны, питье щелочных минеральных вод [5].

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5С	Всем лицам с наличием инфекции <i>H. pylori</i> при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение эрадикационной терапии с целью профилактики ЯБ и ее обострений [56].
----	---

Подтверждение ведущей роли инфекции *H. pylori* в развитии язвенной болезни сделало проведение эрадикационной терапии основным методом профилактики данного заболевания.

5С	Диспансерное наблюдение пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить ежегодно в течение 5 лет с момента последнего обострения [5].
----	---

а. Организация оказания медицинской помощи

Показаниями к плановой госпитализации пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки служат резко выраженная клиническая картина заболевания с упорным (более 7 дней) болевым синдромом, наличие в желудке изъязвлений, требующих дифференциальной диагностики между доброкачественными язвами и раком желудка, обострение язвенной болезни с наличием осложнений в анамнезе, язвенная болезнь с сопутствующими заболеваниями [57].

Продолжительность стационарного лечения пациентов с обострением язвенной болезни должна составлять 21 день.

Показаниями к экстренной госпитализации является наличие признаков желудочного кровотечения (мелена, рвота с кровью), перфорации и пенетрации язвы.

Пациенты с неосложненным течением обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки подлежат лечению в амбулаторных условиях. Пациентам с обострением язвенной болезни оказывается специализированная медицинская помощь как в амбулаторных, так и в стационарных условиях в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки.

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход

заболевания или состояния)

Особенности течения ЯБ при беременности

Течение ЯБ при беременности в целом мало отличается от такового у небеременных. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, анамнестических данных, результатов ЭГДС и ультразвукового исследования [58]. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки беременным противопоказано.

В диагностически неясных случаях, при подозрении на развитие осложнений (кровотечение, стеноз антрального отдела желудка, рак) ЭГДС в силу своей безопасности для плода может быть проведена при любом сроке беременности [59]. Для исключения оккультного кровотечения проводятся исследование кала на скрытую кровь, клинический анализ крови. Дифференциальный диагноз обострения язвенной болезни затруднен, его необходимо проводить с эрозивным гастродуоденитом, панкреатитом, заболеваниями желчевыводящих путей, острым аппендицитом и ранним токсикозом - рвотой. Стенозирующая язва антрального отдела желудка может симулировать чрезмерную рвоту беременных. Для раннего токсикоза характерны мучительная, почти постоянная тошнота, усиливающаяся на различные запахи, слюнотечение. При этом рвота бывает независимо от еды, особенно по утрам, боль в животе, как правило, отсутствует. Кровотечение, обусловленное язвенной болезнью, необходимо дифференцировать с эрозивным гастритом, синдромом Маллори-Вейсса, кровотечением из дыхательных путей, раком желудка.

Беременность оказывает благоприятное влияние на течение язвенной болезни: у 75–80 % женщин отмечается ремиссия заболевания, и оно не оказывает заметного влияния на ее исход. Однако у некоторых пациенток может произойти обострение. Чаще это наблюдается в I триместре беременности (14,8 %), третьем (10,2 %), за 2–4 недели до срока родов или раннем послеродовом периоде. Неосложненная язвенная болезнь не оказывает отрицательного влияния на развитие плода.

Лечение включает соблюдение общепринятых «режимных» мероприятий и диеты; прием в обычных терапевтических дозах невсасывающихся антацидов (например, коллоидного фосфата алюминия и адсорбентов в виде диоктаэдрического смектита). При отсутствии эффекта назначаются H₂-блокаторы.

При выраженных болях, обусловленных нарушениями гастродуоденальной моторики возможно назначение спазмолитиков (дротаверин** по 40 мг 3–4 раза в день). Препараты висмута беременным противопоказаны. Эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* у беременных не проводится.

Особенности течения ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста

В развитии гастродуоденальных язв у пациентов пожилого возраста - помимо инфекции НР и кислотно-пептического фактора - могут также играть роль атеросклеротические изменения сосудов желудка, некоторые фоновые заболевания (например, хронические неспецифические заболевания легких), снижающие защитные свойства слизистой оболочки желудка, прием лекарственных препаратов (в первую очередь, НПВП), обладающих ульцерогенным действием.

Гастродуоденальные язвы у пациентов пожилого и старческого возраста локализуются преимущественно в желудке (по малой кривизне тела или в субкардиальном отделе), имеют иногда очень большие размеры, часто протекают со стертой и неопределенной клинической симптоматикой, отличаются склонностью к развитию осложнений (прежде всего желудочно-кишечных кровотечений). При обнаружении у пожилых пациентов язв в желудке важное значение имеет проведение дифференциального диагноза с инфильтративно-язвенной формой рака желудка.

Гастродуоденальные язвы у лиц пожилого и старческого возраста характеризуются медленным рубцеванием. При проведении медикаментозной терапии следует соблюдать осторожность, учитывая более высокий риск развития побочных эффектов у пожилых пациентов по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества
1	Проведена эзофагогастродуоденоскопия
2	Взята биопсия из язвы при ее локализации в желудке
3	Определен уровень гастрина в крови при часто рецидивирующем (чаще 2 раз в год) течении язвенной болезни
4	Проведена диагностика инфекции <i>H. pylori</i> (дыхательный тест с меченой мочевиной, или быстрый уреазный тест (CLO-тест), или определение антигена <i>H. pylori</i> в кале), если она не была диагностирована на догоспитальном этапе
5	Проведено определение инфекции <i>H. pylori</i> методом исследования антител к <i>H. pylori</i> класса IgG, если пациент в течение последних 2 недель принимал ингибиторы протонного насоса

6	Проведена эрадикации инфекции <i>H. pylori</i> по схемам 1-й (ингибиторы протонной помпы, кларитромицин и амоксициллин, квадротерапия с препаратами висмута) или 2-й линий (квадротерапия с препаратами висмута или тройная терапия с левофлоксацином)
7	Проведена терапии ингибиторами протонной помпы
8	Проведена ЭГДС при язвенном кровотечении в течение первых 2 часов после госпитализации
9	Проведена повторная ЭГДС для оценки эффективности ранее проведенного эндоскопического гемостаза при рецидиве кровотечения и в случае высокого риска его развития
10	Выполнено экстренное хирургическое вмешательство при перфорации язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки
11	Проведена диагностика инфекции <i>H. pylori</i> , эрадикационная и поддерживающая терапии после хирургического лечения
12	Проведено своевременное хирургическое вмешательство с целью остановки кровотечения при неэффективности эндоскопического гемостаза

7. Организационные аспекты протокола:

- 1) сведения об отсутствии конфликта интересов - отсутствуют.
- 2) информация от экспертов:
 1. Рахимова Дилором Алимовна – д.м.н. Заведующий лабораторией ГУ «РСНПМЦТ и МР», главный специалист службы терапии Минздрава.
 2. Аликулов Ихтиёр Тиловкобилович – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА, консультант службы терапии Минздрава.
- 3) включение условий пересмотра протокола: Протокол будет пересмотрен через 3 или 5 лет после его разработки или при появлении новых методов с уровнем доказательности;

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ О НОЗОЛОГИИ
« ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ» У ВЗРОСЛЫХ**

ТАШКЕНТ 2024

Международная классификация болезней – МКБ-10/11 код(ы):

Язва желудка (K25)

K25.0	Острая с кровотечением
K25.1	Острая с прободением
K25.2	Острая с кровотечением и прободением
K25.3	Острая без кровотечения и прободения
K25.4	Хроническая или неуточненная с кровотечением
K25.5	Хроническая или неуточненная с прободением
K25.6	Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
K25.7	Хроническая без кровотечения и прободения
K25.9	Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения
Скачать МКБ (ссылка с МКБ)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

Язва двенадцатиперстной кишки (K26)

K26.0	Острая с кровотечением
K26.1	Острая с прободением
K26.2	Острая с кровотечением и прободением
K26.3	Острая без кровотечения и прободения
K26.4	Хроническая или неуточненная с кровотечением
K26.5	Хроническая или неуточненная с прободением
K26.6	Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
K26.7	Хроническая без кровотечения и прободения
K26.9	Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения
Скачать МКБ (ссылка с МКБ)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

1. Основная часть

- **Введение.** Предоставление научно обоснованной информации и рекомендаций медицинскому персоналу с учетом актуальности раневой болезни, организация и внедрение системы единого подхода к ранней диагностике, профилактике и лечению заболевания. При разработке протокола использовались клинические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO), Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA), Российской гастроэнтерологической ассоциации (RGA), Российского общества колоректальных хирургов (ROKX).

В этом заявлении, предназначенном для специалистов, которые ухаживают за пациентами с существующими раневыми заболеваниями, представлены текущие клинические данные, соответствующие сроки практики и мнения экспертов (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).

Специфические методы лечения. Основные принципы диетического питания больных язвенной болезнью, разработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и сегодня. Не утратили своей актуальности рекомендации частого (5-6 раз в день), дробного питания, соответствующие следующему правилу: «шесть небольших приемов пищи лучше, чем три обильных», механической, термической и химической экономии. В 1990 г. W. Burget и соавторы [24] опубликовали данные метаанализа 300 исследований, на основании которых они установили, что язвы желудка и двенадцатиперстной кишки рубцуются практически во всех случаях, если значение внутрижелудочного pH > Днём около 18. Пришёл к выводу, что если часы можно спасти. В дальнейшем во всех работах, посвященных применению антисекреторных препаратов, встречается ссылка на эти сведения, получившие название «правила Бурже». С учетом этого правила в качестве базовой противоязвенной терапии можно принимать только антациды, H₂-блокаторы и ингибиторы протонной помпы (ИПП). По данным одного из недавних метаанализов, H₂-блокаторы и ИПП способствуют заживлению раневого дефекта (ИН 3,49, 95% П: 3,28-3,72; p <0,0001) и снижают риск повторного кровотечения при тяжелом течении заболевания (ИН 0,68, 95% П: 0,60-0,78; p<0,0001) достоверно эффективнее плацебо [25].

- Общее описание медицинского лечения и/или хирургического вмешательства.

Гастроэнтерологи, терапевты, врачи общей практики, а если требуется хирургическое вмешательство, процедуру выполняют хирурги.

Основные принципы диетического питания больных язвенной болезнью, разработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и сегодня. Не потеряли своей актуальности рекомендации по частому (5-6 раз в день) порционному питанию, соответствующие

следующему правилу: «шесть небольших приемов пищи лучше, чем три обильных», механическая, термическая и химическая экономия.

Антисекреторную терапию ингибиторами протонной помпы рекомендуется проводить в течение 4–6 нед. с целью достижения заживления ран у больных с повышенным АПФ.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/>)

- Общепринятой классификации (классификации) ЯК не существует.

Прежде всего, в зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H. pylori* различают КА, связанные с инфекцией *H. pylori*, и не связанные с инфекцией *H. pylori*. Последнюю форму иногда называют идиопатической формой. Также выделяют формы самостоятельного заболевания (эссенциальная язвенная болезнь), возникающие на фоне других заболеваний и симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки (обусловленные лекарственными препаратами, «стрессовые», эндокринная патология, другие хронические заболевания внутренних органов), и по механизмам развития разделяются на отдельные этиологические формы и связанные с патогенетическими факторами.

По локализации различают следующие виды ран:

- **язвенная болезнь желудка** (кардиальный и субкардиальный отделы, тело желудка, антральный отдел, пилорический канал)
- **язва двенадцатиперстной кишки** (корни, постбульбарный отдел)
- **сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки**. При этом язвы могут располагаться по малой или большой кривизне, на передней и задней стенках желудка и двенадцатиперстной кишки.

По количеству поражений язвой различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта - мелкие (диаметр до 0,5 см) и средние (диаметр 0,6-1,9 см), крупные (диаметр до 0,5 см). 2,0-3,0 см) и гигантские (более 3,0 см в диаметре) язвы.

В диагностике отмечают стадии течения заболевания: обострение, заживление, рубцевание («красный» и «белый» рубец, эндоскопически подтвержденная стадия) и ремиссию, а также деформацию желудка и/или двенадцатиперстной кишки в виде имеющийся рубец-язва. Классификация диагноза указывает на наличие осложнений (в том числе анамнестических) ХБП: кровотечения, перфорации, пенетрации, рубцово-раневого стеноза, а также характер хирургических вмешательств, если они проводились (<https://lex.uz/docs/6245011>).

- Записывать медицинские и/или хирургические методы, подходы и процедуры, специфичные для нозологии, основанные на национальных клинических протоколах и

стандартах.

- малоинвазивные и сложные реконструктивные вмешательства (Язвенная болезнь желудка без осложнений кровотечения и перфорации).
- малоинвазивная сложная реконструктивная процедура (необходима пациентам с сужением пилорического канала в стадии субкомпенсации и декомпенсации).

2. Способ применения медикаментозного лечения и/или хирургического вмешательства, выбранного в данной нозологии.

- Цель лечения. Лечение ХБП должно быть комплексным и включать не только назначение препаратов, но и различные мероприятия: диету, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов с ulcerогенным действием, нормализацию труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.

Пациентов с неосложненным ЯК следует лечить консервативно. В большинстве случаев ее проводят амбулаторно. Однако целесообразно госпитализировать пациентов с выраженным болевым синдромом, высоким риском осложнений (например, крупных и огромных язв), необходимостью дополнительного обследования для верификации диагноза (например, при неясном характере травмы желудка с язвой), при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).

- Противопоказания к лечению. Абсолютных противопоказаний к лечению нет. Развитие побочных эффектов во время данной процедуры может быть противопоказанием к процедуре (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/>).

- Инструкция по лечению. Наличие язвенной болезни.

- Требования к специалисту, проводящему лечение или операцию. Гастроэнтерологи, терапевты, врачи общей практики, если требуется хирургическое вмешательство, процедуру выполняют хирурги (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/>).

- Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>).

Сбор жалоб и анамнеза

Рак в анамнезе, семейный анамнез по злокачественным новообразованиям желудка, прием НПВП или ГКС.

Боль является основным симптомом язвенной болезни. Боль пульсирующая, давящая, под клиновидной преградой или под левым ребром. Боль распространяется по пищеводу, появляется сильная отрыжка, изжога, нередко наблюдается язвенная болезнь при сердечной недостаточности и гастроэзофагеальном рефлюксе. Боль распространяется на правое плечо,

под правое или левое ребро, что свидетельствует о вовлечении в процесс желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

Характер и локализация боли

- Язва желудка – ранние боли; язва верхнего отдела желудка (кардиального отдела), боли, начинающиеся сразу после еды, чаще после острой и/или горячей пищи; если язва расположена в теле или на дне желудка (медиогастральная язва), боль возникает через 20-30 минут после еды, в редких случаях наблюдается в ночное время.
- Если рана вокруг двенадцатиперстной кишки и в двенадцатиперстной кишке, вечером она болезненна; если язва находится в луковице двенадцатиперстной кишки или в антральном отделе желудка, появляются боли после еды (натошак), ночные боли, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды (вечерние боли). Боль уменьшается после еды. Сильная боль наблюдается при расположении раны в канале привратника, появляется через 40 минут – 1 час после еды.

Лабораторно-инструментальные исследования

- а. Для подтверждения диагноза - ЭГДС.
- б. Для определения НР-инфекции – уреазный тест.
- с. Взятие биопсии слизистой оболочки желудка и морфологическое исследование – для диагностики атрофии, дисплазии или неоплазии (по показаниям).
- д. Трансэндоскопические, топографические рН-метрические исследования.

Рентгенологическое исследование выявляет как прямой признак ХБП — «ямочку» на контуре или рельефе слизистой оболочки, так и косвенные признаки заболевания (локальный круговой спазм мышечных волокон в виде «указательного пальца» на стенка желудка на противоположной от язвы стороне, сближение слоев слизистой оболочки в «ямку», желудок и рубцово-язвенная деформация корня двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция натошак, расстройства гастродуоденальной моторики).

В настоящее время рентгенологическое исследование не используется так часто, как раньше, для диагностики ХА. Его применяют, когда эндоскопическое исследование невозможно провести по каким-либо причинам (например, наличие противопоказаний), когда необходимо оценить перистальтику стенки желудка с целью дифференциальной диагностики с инфильтративно-язвенным раком, когда необходимо оценить характер эвакуации из желудка. Этот метод позволяет определить наличие свободного газа в брюшной полости, размеры и характер абсцесса (гноя), локализацию патологических изменений, в том числе место перфорации.

Важным показателем успеха в спасении жизни пациента и лечении прободной язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки является предоперационный период - время от начала заболевания до момента оперативного вмешательства. Длительные диагностические исследования могут привести к ухудшению состояния больного с плохим прогнозом. Только при отсутствии КТ в медицинском учреждении можно провести УТТ и рентгенографию брюшной полости для диагностики перфорации. Следует помнить, что чувствительность и специфичность этих методов ниже по сравнению с КТ, а результат во многом зависит от квалификации специалиста ультразвуковой диагностики.

- Требования к проведению процедуры. Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать не только назначение препаратов, но и различные мероприятия: диету, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов с ulcerогенным действием, нормализацию труда и отдыха, санаторно-курортное лечение (https://www.researchgate.net/publication/271600068_Nutritional_care_in_peptic_ulcerhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/).

- Требования к подготовке пациентов. Особых требований к подготовке пациентов к лечению нет (https://www.researchgate.net/publication/271600068_Nutritional_care_in_peptic_ulcer).

- Показатели эффективности лечения (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).

- Если симптомы заболевания отсутствуют – качество жизни улучшается.
- Рубцевание раневого дефекта (доказано на ЭГДС).
- Отсутствие НР-инфекции.
- Улучшены показатели рН-метрики.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
О НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ» У ВЗРОСЛЫХ**

ТАШКЕНТ 2024

Международная классификация болезней – МКБ-10/11 код(ы):

Язва желудка (K25)

K25.0	Острая с кровотечением
K25.1	Острая с прободением
K25.2	Острая с кровотечением и прободением
K25.3	Острая без кровотечения и прободения
K25.4	Хроническая или неуточненная с кровотечением
K25.5	Хроническая или неуточненная с прободением
K25.6	Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
K25.7	Хроническая без кровотечения и прободения
K25.9	Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения
Скачать МКБ (ссылка с МКБ)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

Язва двенадцатиперстной кишки (K26)

K26.0	Острая с кровотечением
K26.1	Острая с прободением
K26.2	Острая с кровотечением и прободением
K26.3	Острая без кровотечения и прободения
K26.4	Хроническая или неуточненная с кровотечением
K26.5	Хроническая или неуточненная с прободением
K26.6	Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
K26.7	Хроническая без кровотечения и прободения
K26.9	Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения
Скачать МКБ (ссылка с МКБ)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

1. Основная часть

- **Введение.** Предоставление научно обоснованной информации и рекомендаций медицинскому персоналу с учетом актуальности раневой болезни, организация и внедрение системы единого подхода к ранней диагностике, профилактике и лечению заболевания. При разработке протокола использовались клинические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO), Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA), Российской гастроэнтерологической ассоциации (RGA), Российского общества колоректальных хирургов (ROKX).

В этом заявлении, предназначенном для специалистов, которые ухаживают за пациентами с существующими раневыми заболеваниями, представлены текущие клинические данные, соответствующие сроки практики и мнения экспертов (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).

- **Общее определение профилактики и реабилитации.**

Профилактика – комплекс мер, направленных на предотвращение события и/или устранение факторов риска. Профилактическая медицина (профилактическая медицина или профилактика) — комплекс мер, направленных на предотвращение развития заболеваний, а не на их лечение. Подобно тому, как здоровье включает в себя множество физических и психических состояний, на болезни и инвалидность влияют факторы окружающей среды, генетическая предрасположенность, патогены и образ жизни. Профилактика заболеваний основана на мероприятиях, которые можно классифицировать как меры первичной, вторичной и третичной профилактики.

Реабилитация означает «комплекс мероприятий», направленных на восстановление работоспособности человека и снижение уровня инвалидности с учетом условий жизни больных.

https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005399/>

- **Виды профилактики**

В зависимости от состояния здоровья или тяжести патологии рассматривают три вида профилактики:

- первичный;
- вторичный;
- третичный;

Первичная профилактика включает вакцинацию, разумный режим и отдых, регулярное рациональное питание и физическую активность.

Вторичная профилактика включает предупреждение факторов риска, которые при определенных условиях приводят к рецидиву заболевания.

Третичная профилактика рассматривается как комплекс мер по реабилитации больных, потерявших возможность жить полноценной жизнью.

Этапы реабилитации:

Этап 1. Лечение и реабилитация. Это делается в острый период болезни или травмы.

Этап 2. Ранняя стационарная медицинская реабилитация. Проводится в остром и раннем восстановительном периоде заболевания или в стационарных отделениях ранней медицинской реабилитации.

Этап 3. Амбулаторный. Проводится в реабилитационных учреждениях, специализированных отделениях организаций здравоохранения и поликлиниках.

https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005399/>

- **Принципы массовой профилактики и меры индивидуальной профилактики.**

Помимо первичной, вторичной и третичной профилактики, существуют также индивидуальная и социальная профилактика заболеваний:

Индивидуальная профилактика – включает в себя мероприятия по предупреждению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляются самим человеком и на практике, соблюдение норм здорового образа жизни, связанной с личной гигиены, рационального питания и разумного режима труда и отдыха, активной физической культуры.

Общественная профилактика – это социальные, просветительские, санитарно-гигиенические, противозидемические и лечебные мероприятия, систематически проводимые государственными учреждениями и общественными организациями в целях обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, а также устранения факторов, положительно влияющих на здравоохранение.

https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005399/>

1.1. Методы профилактики

- **Цель профилактики.** Н. pylori в развитии язвенной болезни. Подтверждение ведущей роли инфекции сделало эрадикационную терапию основным методом профилактики этого заболевания.

Эрадикационная терапия Н. pylori рекомендуется для предотвращения ХБП и ее обострения, если нет противопоказаний [56].

- **Первичная профилактика.** Влияние на факторы риска ЯБ - исключение приема НПВП

и ГКС, курения, употребления алкоголя (в СП проводится СБ).

- **Скрининг.** Скрининг можно провести с помощью ЭГДС.

- **Вторичная профилактика.** Вторичная профилактика - обучение больных ХБП, подбор подходящей для больного диеты (отказ от употребления или ограничение нельзя продуктов), упорядочение труда и отдыха, отказ от приема НПВП и ГКС, отказ от алкоголя и курения.

- **Третичная профилактика.** Третичная профилактика – реабилитация осложнений у больных ЯБ.

1.2. Методы и процедуры реабилитации

5С	Больным раком желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии для его сохранения рекомендуется использовать метод санаторно-курортного лечения в санаторно-курортных организациях в климатической зоне больного [5].
----	---

Больным язвенной болезнью рекомендуется лечение в санаториях-курортах в течение 14-21 дня через 2-3 месяца после стихания обострения заболевания.

Санаторно-курортное лечение проводится в Дорогово, Ессентуках, Железноводске и других санаториях и включает лечение грязями и торфом, хвойно-морские ванны, питье щелочных минеральных вод [5].

- Полное и/или частичное восстановление поврежденных функций и/или компенсация утраченных функций органа или системы, пораженных ЯБ.

Профилактика – комплекс мер, направленных на предотвращение события и/или устранение факторов риска. Профилактическая медицина (профилактическая медицина или профилактика) — комплекс мер, направленных на предотвращение развития заболеваний, а не на их лечение. Подобно тому, как здоровье включает в себя множество физических и психических состояний, на болезни и инвалидность влияют факторы окружающей среды, генетическая предрасположенность, патогены и образ жизни. Профилактика заболеваний основана на мероприятиях, которые можно классифицировать как меры первичной, вторичной и третичной профилактики.

Реабилитация означает «комплекс мероприятий», направленных на восстановление работоспособности человека и снижение уровня инвалидности с учетом условий жизни больных

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%8F%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C-%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0-%D0%B8-%D0%B4%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D1%86%D0%B0%D1%82%D0%B8>

[%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE%D0%B9-%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B8-2017/15045\).](#)

1.3. Виды профилактики или реабилитации:

В зависимости от состояния здоровья или тяжести патологии рассматривают три вида профилактики:

- первичный;
- вторичный;
- третичный;

Первичная профилактика включает вакцинацию, разумный режим и отдых, регулярное рациональное питание и физическую активность.

Вторичная профилактика включает предупреждение факторов риска, которые при определенных условиях приводят к рецидиву заболевания.

Третичная профилактика рассматривается как комплекс мер по реабилитации больных, потерявших возможность жить полноценной жизнью.

Этапы реабилитации:

Этап 1. Лечение и реабилитация. Это делается в острый период болезни или травмы.

Этап 2. Ранняя стационарная медицинская реабилитация. Проводится в остром и раннем восстановительном периоде заболевания или в стационарных отделениях ранней медицинской реабилитации.

Этап 3. Амбулаторный. Проводится в реабилитационных учреждениях, специализированных отделениях организаций здравоохранения и поликлиниках.

[\(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998006/\).](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998006/)

1.4. Принципы массовой профилактики и меры индивидуальной профилактики:

Помимо первичной, вторичной и третичной профилактики, существуют также индивидуальная и социальная профилактика заболеваний:

Индивидуальная профилактика – включает в себя мероприятия по предупреждению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляются самим человеком и на практике, соблюдение норм здорового образа жизни, связанной с личной гигиены, рационального питания и разумного режима труда и отдыха, активной физической культуры
[\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/\).](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/)

1.5. Улучшение качества жизни в результате реабилитации при раневой болезни:

- Послеоперационное ведение ран и уход за пациентами после операции.
- Подбор подходящей диеты для пациента (отмена или ограничение нельзя продуктов)
- Сортировка труда и отдыха, занятия физкультурой.

- Непринятие НЯКВ и ГКС.
- Отказ от алкоголя и курения.
- Санаторно-курортное лечение.

1.6. Сохранение трудоспособности больного в результате реабилитации при раневой болезни:

- Прием больных язвенной болезнью желудка на диспансерный учет.
- После заживления язвы желудка повторную ЭГДС проводят через 3 и 6 месяцев. ЭФГДС следует проводить только при наличии признаков изъязвления. Для этого его отправляют в МПЦП.
- При наличии атрофии слизистой оболочки желудка для ранней диагностики случаев злокачественных новообразований следует повторно брать ЭГДС с биопсией, один раз в 2-3 года. Для этого оно будет отправлено специалисту МПЦП.

1.7. Социальная интеграция больного в общество как результат реабилитации при раневой болезни.

Общественная профилактика – это социальные, просветительские, санитарно-гигиенические, противоэпидемические и лечебные мероприятия, систематически проводимые государственными учреждениями и общественными организациями в целях обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, оказывающие вредное воздействие на здоровье населения

2. Инструкция по проведению трех видов профилактики или реабилитации.

2.1. Критерии определения перевода видов профилактики

- история ЯБ;
- наличие злокачественной опухоли желудка в семейном анамнезе;
- возраст >65 лет;
- человек мужского пола;
- прием НПВП и глюкокортикостероидов;
- курение;
- употребление алкоголя;

2.2. Критерии определения этапа и объема реабилитационных процедур

- Подбор подходящей диеты для пациента (отмена или ограничение нельзя продуктов).
- Послеоперационное ведение ран и уход за пациентами после операции.
- Сортировка труда и отдыха, занятия физкультурой.
- Непринятие НЯКВ и ГКС.
- Отказ от алкоголя и курения.

- Санаторно-курортное лечение.

3. Этапы и объемы реабилитации

Реабилитационные мероприятия рекомендуется начинать сразу после операции в стационаре и проводить во время госпитализации (первый этап реабилитации). После выписки из стационара при необходимости продолжить реабилитационное лечение в реабилитационных отделениях (по возможности) (второй этап реабилитации) и завершить реабилитацию в отделениях медицинской реабилитации дневных стационаров, санаториев, амбулаторных медицинских учреждений или на дому (в третий этап реабилитации). Уровень достоверности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

4. Диагностические мероприятия в случаях, когда показана медицинская профилактика или реабилитация

- Для подтверждения диагноза - ЭГДС.
- Для выявления инфекции НР – уреазный дыхательный тест.
- Морфологические исследования – для диагностики атрофии, дисплазии или неоплазии.
- Взятие биопсии со слизистой оболочки желудка.

6. Тактика медицинской профилактики или реабилитации в случаях, когда указан уровень

- Диспансерный прием больных язвенной болезнью желудка.
- После заживления язвы повторную ЭГДС проводят через 3 и 6 месяцев. ЭГДС следует проводить только при наличии признаков изъязвления. Для этого его отправляют в МПЦП.
- При наличии атрофии слизистой оболочки желудка для ранней диагностики случаев злокачественных опухолей следует провести повторную ЭГДС с биопсией, проводимой 1 раз в 2-3 года. Для этого оно будет отправлено специалисту МПЦП.

7. Показатели эффективности профилактических или реабилитационных мер

- Если симптомы заболевания отсутствуют, качество жизни улучшится.
- Рубцевание раневого дефекта (доказано на ЭГДС).
- Отсутствие НР-инфекции.

Список использованной литературы

1. *Shay H., Sun D.C.H.* Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer. In: Bockus H.L. Gastroenterology, Philadelphia-London: Saunders Elsevier, 1968:420–65. (<https://studfile.net/preview/21444119/page:5/>)
2. *Lanas A., Chan F.K.L.* Peptic ulcer disease. Lancet. 2017;390(10094):613–24. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>)
3. *Chan F.K.L., Lau J.Y.W.* Peptic ulcer disease. In: Sleisenger and Fordtran's

- Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2015. Chap 14. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/>)
4. *Ramakrishnan K., Salinas R.C.* Peptic ulcer disease. *Am Fam Physician* 2007;(76):1005–12. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17956071/>)
 5. *Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А.* Язвенная болезнь. М: Медицина, 1987. [*Vasilenko V Ch., Grebenev A.L., Sheptulin A.A.* Peptic ulcer disease. Moscow: Meditsina; 1987 (In Russ.)].(https://www.clinmedjournal.com/jour/article/view/119?locale=ru_RU)
 6. *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):102–13. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21494041/>)
 7. Заболеваемость всего населения России в 2006 г. Статистические материалы Минздрава России. М., 2007:98. [Morbidity of the entire population of Russia. Statistical materials of the Ministry of Health of Russian Federation. Moscow, 2007:98 (In Russ.)].(<https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-zabolevaemosti-i-kadrovoe-obespechenie-naseleniya-selskih-territoriy-v-rossiyskoy-federatsii>)
 8. Заболеваемость всего населения России в 2018 г. Статистические материалы Минздрава России. М., 2018:101. [Morbidity of the entire population of Russia. Statistical materials of the Ministry of Health of Russian Federation. Moscow, 2018:101 (In Russ.)]. (<https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>)
 9. *Hawkey C.J., Wight N.J.* Clinical manual on NSAIDS and gastrointestinal complications. London: Life Science Communications, 2001. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10682181/>)
 10. *Nagashima K., Tominaga K., Fukushi K., et al.* Recent trends in the occurrence of bleeding gastric and duodenal ulcers under the Japanese evidence-based clinical practice guideline for peptic ulcer disease. *JGH Open* 2018; 2 (6): 255–61. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6308079/>)
 11. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А.* Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.: МЕДпресс-информ, 2009. [*Ivashkin V.T., Sheptulin A.A.* Diseases of esophagus, stomach and intestines. Moscow: MEDpress-inform, 2009 (In Russ.)]. (https://www.researchgate.net/publication/340513448_Diagnosis_and_Treatment_of_Peptic_Ulcer_in_Adults_Clinical_Guidelines_of_the_Russian_Gastroenterological_Association_Russian_Society_of_Colorectal_Surgeons_and_the_Russian_Endoscopic_Society)

)

12. Tomizawa M., Shinozaki F., Hasegawa R., et al. Low hemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. *Biomed Rep.* 2016;5(3):349–52.
13. Harewood G.C., McConnel J.P., Harrington J.J., et al. Detection of occult upper gastrointestinal bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc.* 2002;77(1):23–8. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998006/>)
14. Baghdanian A.H., Baghdanian A.A., Puppala A.A., et al. Imaging manifestations of peptic ulcer disease on computed tomography. *Semin Ultrasound CT MR.* 2018;39(2):183–92. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29571554/>)
15. Ecanow, J.S., Gore R.M. Evaluating patients with left upper quadrant pain. *Radiol Clin North Am.* 2015;53(6):1131–57. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26526430/>)
16. Thorsen K., Glomsaker T.B., von Meer A., et al. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *J Gastrointest Surg.* 2011;15(8):1329–35. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/>)
17. Ishiguro T., Kumagai Y., Baba H., et al. Predicting the amount of intraperitoneal fluid accumulation by computed tomography and its clinical use in patients with perforated peptic ulcer. *Int Surg.* 2014;99(6):824–9. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254247/>)
18. Picone D., Rusignuolo R., Midiri F., et al. Imaging assessment of gastroduodenal perforations. *Semin Ultrasound CT MR.* 2016;37(1):16–22. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26827734/>)
19. Coppolino F., Gatta G., Di Grezia G., et al. Gastrointestinal perforation: ultrasonographic diagnosis. *Crit Ultrasound J.* 2013;5(Suppl 1): S4. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711723/>)
20. Malfertheiner P., Megraud F., O’Morain C.A., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66(1):6–30. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/>)
21. Best L.M., Takwoingi Y., Siddique S., et al. Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(3):CD012080. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29543326/>)
22. Kim H. Diagnostic and treatment approaches for refractory ulcers. *Clin Endoscop.* 2015;(4):285–90. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26240800/>)

23. *Vomero M.D., Colpo E.* Nutritional care in peptic ulcer. *Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(4):298–302. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743227/>)
24. *Burget D.W., Chiverton K.D., Hunt R.H.* 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;99:345–51. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2142113/>)
25. *Scally B., Emberson J.R., Spata E., et al.* Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomized trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(4):231–41. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/>)
26. *Poinard T., Lemaire M., Agostini H.* Meta-analysis of randomized clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1995;7:661–5. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8590162/>)
27. *Hu Z.H., Shi A.M., Hu D.M., Bao J.J.* Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trial. *Saudi J Gastroenterol.* 2017;23(1):11–9. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28139495/>)
28. *Wong C.S., Chia C.F., Lee H.C., et al.* Eradication of *Helicobacter pylori* for prevention of ulcer recurrence after simple closure of perforated peptic ulcer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Surg Res.* 2013;182(2):219–26. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23158404/>)
29. *Ford A.C., Delaney B.C., Forman D., Moayyedi P.* Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori* positive patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;2:CD003840. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27092708/>)
30. *Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А.* Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. *Росс журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2012;22(2):87–9. [*Ivashkin V.T., Mayev I.V., Lapina T.L., Sheptulin A.A.* Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2012;22(2):87–9 (In Russ.)]. (<https://www.gastroscan.ru/literature/authors/10334>)
31. *Terano A., Arakawa Y., Sugiyama H., et al.* Rebamipide, a gastro-protective and anti-inflammatory 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):690–3. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17701133/>)
32. Song K.H., Lee J.C., Fan D.M., et al. Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational comparative study. *Digestion.* 2011;84(3):221–9. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/>)
33. Nishizawa T., Nishizawa Y., Yahagi N., Kanai T., Takahashi M., Suzuki H. Effect of supplementation with rebamipide for *Helicobacter pylori* eradication therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol* 2014;29(Suppl.4):20–24. DOI:10.1111/jgh.12769. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>)
34. Andreev DN, Maev IV, Dicheva DT. Efficiency of the Inclusion of Rebamipide in the Eradication Therapy for *Helicobacter pylori* infection: Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *J Clin Med.* 2019;8 (9). PII: E1498. DOI: 10.3390/jcm8091498 (<https://www.mdpi.com/2077-0383/8/9/1498>)
35. Jiang M., Chen P., Gao Q. Systematic review and network meta-analysis of upper gastrointestinal hemorrhage interventions. *Cell Physiol Biochem.* 2016;39(6):2477–91. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27855401/>)
36. Евсеев М.А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. *Росс журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2010;20(3):55–62. [Evseev M.A., Klishin I.M. The effectiveness of antisecretory therapy with proton pump inhibitors in gastroduodenal ulcer bleeding. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2010;20(3):55–62 (In Russ.)]. (<https://www.gastroscan.ru/literature/authors/5270>)
37. Barkun, A.N., Martel M., Thomsen R.W., et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152(2):101–13. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3414476/>)
38. Satoh, K., Yoshino J., Akamatsu T., et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. *J Gastroenterol.* 2016;51 (3):177–94 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26879862/>).
39. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клинические рекомендации Российского общества хирургов. Приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию национальных клинических рекомендаций 6 июня 2014

года, г. Воронеж: 1–9. [http:// общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/jazvenye-gastroduodenalnye-krovotecheniya.html](http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/jazvenye-gastroduodenalnye-krovotecheniya.html). [Gastroduodenal ulcer bleeding. Clinical recommendations of the Russian Society of Surgeons. Adopted at the All-Russia Conciliation Conference on the adoption of national clinical recommendations on June 6, 2014, Voronezh:1–9 <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/jazvenye-gastroduodenalnye-krovotecheniya.html> (In Russ.)] (https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF).

40. Прободная язва у взрослых. Клинические рекомендации Российского общества хирургов. МЗ РФ, 2016:1–50. [Perforated ulcer in adults. Clinical recommendations of the Russian Society of Surgeons. Ministry of Health of the Russian Federation, 2016:1–50 (In Russ.)] (https://www.mrckb.ru/files/probodnaya_yazva_u_vzroslyx.PDF).
41. *Tarasenko S.V., Zaitsev O.V., Kochukov V.P. и др.* Хирургия осложненной язвенной болезни. Воронеж: Проспект, 2015. [*Tarasenko S.V., Zaitsev O.V., Kochukov V.P. et al.* Surgery for complicated peptic ulcer. Voronezh: Prospect Publ. H., 2015 (In Russ.)] (https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf).
42. *Chatten K., Pursell H., Banerjee A.K., et al.* Glasgow Blatchford Score and risk stratifications in acute upper gastrointestinal bleeding: can we extend this to 2 for urgent outpatient management? *Clin Med (Lond)*. 2018;18(2):118–22. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29626014/>)
43. *Farrar F.C.* Management of Acute Gastrointestinal Bleed. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018;30(1):55–66. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29413215/>)
44. *Leontiadis G.I., Molloy-Bland M., Moayyedi P., Howden C.W.* Effect of comorbidity on mortality in patients with peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(3):331–45; quiz 346. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23381016/>)
45. *Moller M.H., Adamsen S., Thomsen R.W., Moller A.M.* Preoperative prognostic factors for mortality in peptic ulcer perforation: a systematic review. *Scand J Gastroenterol*. 2010;45(7–8):785–805. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20384526/>)
46. *Elmunzer B.J., Young S.D., Inadoni J.M., et al.* Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(10):2625–32; quiz 2633.

[\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18684171/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18684171/)

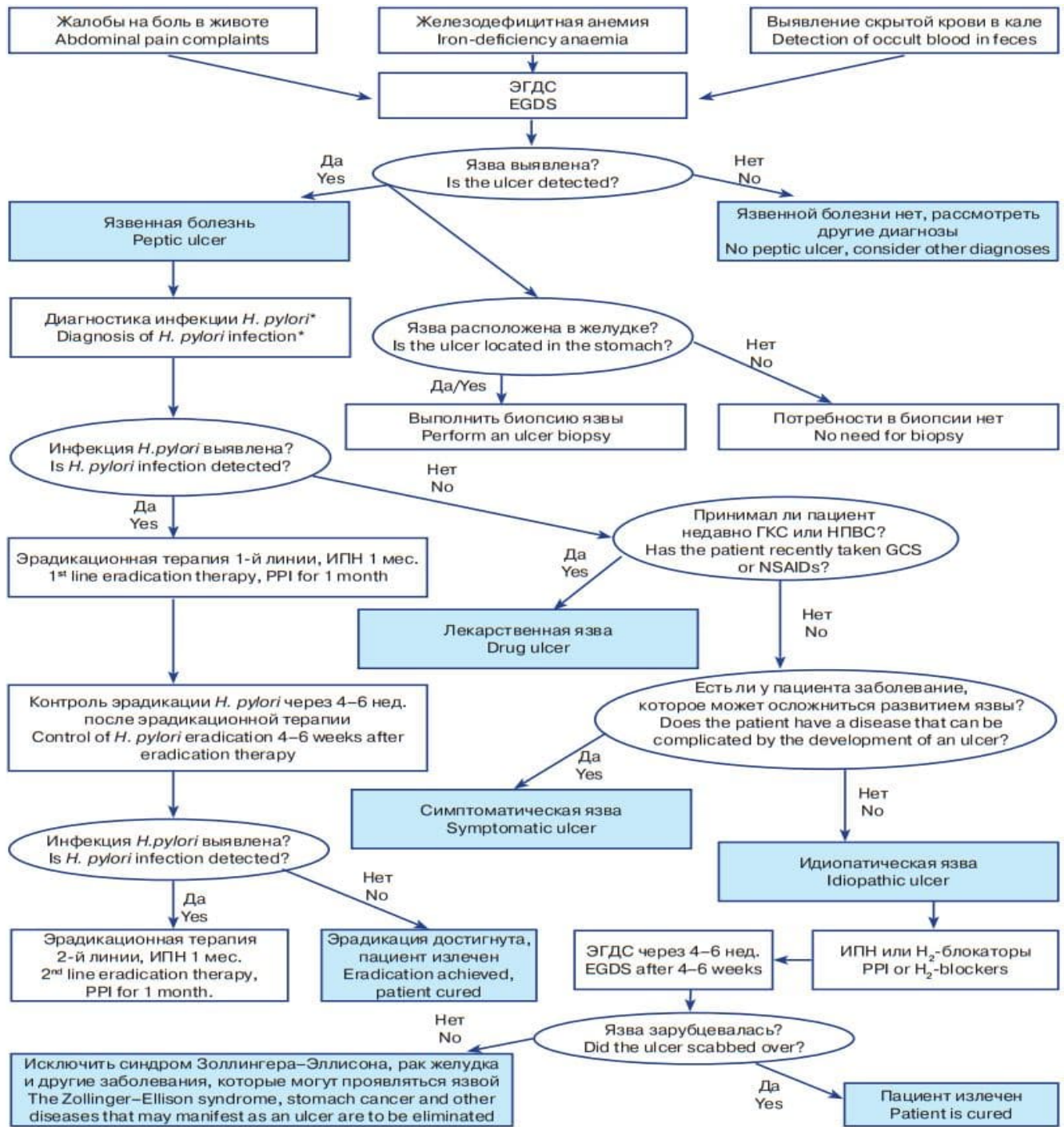
47. *Tsoi K.K., Chan H.C., Chiu P.W.* Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: a meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010;25(1):8–13. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20136971/>)
48. *Barkun A.N., Martel M., Toubouti Y., et al.* Endoscopic hemostasis in peptic ulcer bleeding for patients with high- risk lesions: a series of meta-analyses. *Gastrointest Endosc.* 2009;69(4):786–99. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19152905/>)
49. *Morris D.L., Hawker P.C., Brearley S., et al.* Op- timal timing of operation for bleeding peptic ulcer: prospective randomized trial. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1984;288(6426):1277–80. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6424827/>)
50. *Lagoo J., Pappas T.N., Perez A.* A relic or still relevant: the narrowing role for vagotomy in the treatment of peptic ulcer disease. *Am J Surg.* 2014;207(1):120–6. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24139666/>)
51. *Gurusamy K.S. Pallari E.,* Medical versus surgical treat- ment for refractory or recurrent peptic ulcer. *Cochrane Da- tabase Syst Rev.* 2016;3:CD011523. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27025289/>)
52. *Soreide K., Thorsen K., Harrison E.M.* Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015;386(10 000):1288–98. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26460663/>)
53. *Tomtitchong, P., Siribumrungwong B., Vilaichone R.K.* Systematic review and meta-analysis: Helicobacter pylori eradication therapy after simple closure of perforated duo- denal ulcer. *Helicobacter.* 2012;17(2):148–52. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22404446/>)
54. *Sharma V.K., Sahai A.V., Corder F.A., Howden C.W.* Helicobacter pylori eradication is superior to ulcer heal- ing with or without maintenance therapy to prevent further ulcer haemorrhage. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001;15(12):1939–47. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11736725/>)
55. *Gisbert J.P., Abaira V.* Accuracy of Helicobacter pylori diagnostic tests in patients with bleeding peptic ulcer: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(4):848–63. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16494583/>)
56. *Forman D., Graham D.Y.* Review article: Impact of He- licobacter pylori on society- role for a strategy of “search and eradicate”. *Aliment. Pharmacol Ther.* 2004;19 (suppl. 1):17–21. (https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_Yaz_2020/)
57. *Маев И.В., Самсонов А.А.* Язвенная болезн двенадца- типерстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии. *Consilium medicum.*

2004;1:6–11. [*Mayev I.V., Samsonov A.A.* Duodenal ulcer: various approaches to modern conservative therapy. *Consilium medicum*. 2004; 1: 6–11 (In Russ.)]. (<https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1425>)

58. *Бурков С.Г.* Заболевания органов пищеварения у беременных. М.: КРОН-Пресс, 1996. [*Burkov S.G.* Digestive diseases in pregnant women. Moscow: CRON-Press Publ. H., 1996 (In Russ.)]. (<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vozmozhnosti-medikamentoznogo-lecheniya-zabolevaniy-organov-pischevareniya-u-beremennyh-zhenschin>)

59. *Cappell M.S.* The fetal safety and clinical efficacy of gastrointestinal endoscopy during pregnancy. *Gastroenterology clinics of North America*. 2003;32:123–79 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12635415/>)

Приложение 1. Алгоритмы действий врача при диагностике и лечении язвенной



Приложение 2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____ (Ф.И.О. пациента)
« ____ » __ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

_____, даю
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в _____

(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении

заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. В доступной для меня форме мне разъяснена возможность получения бесплатной медицинской помощи соответствующих видов в рамках ежегодной программы, в том числе территориальной, государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

10. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата «__» _____ г.

Приложение 3. Информация для пациента

Основным фактором, вызывающим язвенную болезнь, в настоящее время признан микроорганизм, называемый пилорическим геликобактером. Поэтому каждый пациент, у которого выявлена язвенная болезнь, должен быть обследован на наличие данной инфекции. При ее подтверждении необходимо проведение лечения, направленного на уничтожение данных бактерий (эрадикация) с последующим контролем через 4–6 недель. При неэффективности проведенного лечения следует провести повторный курс терапии с другой схемой назначения лекарственных средств. Важно соблюдать приверженность к лечению и строго контролировать прием лекарственных препаратов. Пациент с язвенной болезнью должен соблюдать диету (частое дробное питание, химически, механически и термически щадящая пища), быть очень осторожным при приеме препаратов, обладающих повреждающим действием на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные препараты). При необходимости их приема необходимо обязательное «прикрытие» из препаратов, защищающих слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки.