

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансерного наблюдения врачом-терапевтом пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. В документе представлены ориентировочный объем и частота лабораторно-инструментальных исследований, сведения о диагностике, лечении и профилактике осложнений заболеваний.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских здравпунктов) в случае возложения на них функций лечащего врача. Документ может быть использован врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Ключевые слова: язвенная болезнь, диспансерное наблюдение, врач-терапевт, первичное звено здравоохранения.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Василькова Т.Н. — д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России по Уральскому федеральному округу, зав. кафедрой факультетской терапии, проректор по учебно-методической работе ФГБОУ ВО "Тюменский ГМУ" Минздрава России (Тюмень, Россия);

Фатенков О.В. — д.м.н., доцент, главный внештатный специалист по терапии Минздрава Самарской области, зав. кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО "Самарский ГМУ" Минздрава России (Самара, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 10 от 24.12.2024).

Для цитирования: Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Абдулганиева Д. И., Бакулин И. Г., Бакулина Н. В., Гаус О. В., Ипатов П. В., Мамутова Э. М., Савченко Е. Д., Сененко А. Ш., Шептулина А. Ф., Шепель Р. Н. Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(2):79-97. doi: 10.15829/3034-4123-2025-40. EDN: GNZWQU

Драпкина О. М.,
Ивашкин В. Т.,
Маев И. В.,
Ливзан М. А.,
Абдулганиева Д. И.,
Бакулин И. Г.,
Бакулина Н. В.,
Гаус О. В.,
Ипатов П. В.,
Мамутова Э. М.,
Савченко Е. Д.,
Сененко А. Ш.,
Шептулина А. Ф.,
Шепель Р. Н.*

ФГБУ "Национальный медицинский
исследовательский центр
терапии и профилактической
медицины" Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Российское общество профилактики
неинфекционных заболеваний,
Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный
за переписку):
r.n.shepel@mail.ru

Поступила: 24.03.2025

Принята: 28.03.2025



Guidelines

Editorial

Outpatient follow-up of patients with gastric and duodenal ulcer by a primary care physician. Guidelines

The guidelines describe the management of outpatient follow-up of patients with gastric and duodenal ulcer by a primary care physician. The following are presented: the approximate scope and frequency of paraclinical examinations, information on the diagnosis, treatment and prevention of complications of the disease.

The guidelines are intended for district internists, general practitioners (family doctors), district internists of the shop medical district, as well as for secondary medical personnel working with these doctors, for paramedics of paramedic-obstetric stations (paramedic health centers) in case they are assigned the functions of the attending physician.

The guidelines can be used by public health physicians, heads of primary health care facilities and their divisions.

Keywords: peptic ulcer, outpatient follow-up, primary care physician, primary health care.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Ivashkin V. T., Maev I. V., Livzan M. A., Abdulganieva D. I., Bakulin I. G., Bakulina N. V., Gaus O. V., Ipatov P. V., Mamutova E. M., Savchenko E. D., Senenko A. Sh., Sheptulina A. F., Shepel R. N. Outpatient follow-up of patients with gastric and duodenal ulcer by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(2):79-97. doi: 10.15829/3034-4123-2025-40. EDN: GNZWQU

Drapkina O. M.,
Ivashkin V. T.,
Maev I. V.,
Livzan M. A.,
Abdulganieva D. I.,
Bakulin I. G.,
Bakulina N. V.,
Gaus O. V.,
Ipatov P. V.,
Mamutova E. M.,
Savchenko E. D.,
Senenko A. Sh.,
Sheptulina A. F.,
Shepel R. N.*

National Medical Research Center
for Therapy and Preventive Medicine
of the Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russian Federation

Russian Society for the Prevention
of Noncommunicable Diseases,
Moscow, Russian Federation

ДН — диспансерное наблюдение, ДПК — двенадцатиперстная кишка, ИПП — ингибиторы протонной помпы, ИФА — иммуноферментный анализ, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ПЦР — полимеразная цепная реакция, ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия, ЯБ — язвенная болезнь.

*Corresponding author:
r.n.shepel@mail.ru

Received: 24.03.2025
Accepted: 28.03.2025



Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) — хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с периодами обострений и ремиссий, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и/или ДПК, проникающего (в отличие от поверхностного повреждения слизистой оболочки — эрозии) в подслизистый слой.

Согласно эпидемиологическим данным, в течение жизни ЯБ могут заболеть 11-14% мужчин и 8-11% женщин. ЯБ с локализацией в ДПК встречается в 4 раза чаще, чем ЯБ с локализацией в желудке. В Российской Федерации заболеваемость ЯБ желудка и ДПК в 2022 г. составила 68,9 случаев на 100 тыс. взрослого населения, в 2023 г. — 70,9.

Среди пациентов с ЯБ ДПК преобладают мужчины, среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое.

Диспансерное наблюдение (ДН) пациентов с ЯБ желудка и ДПК врачом-терапевтом¹ осуществляются в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"². ДН применимо в отношении всех граждан, страдающих ЯБ, включая граждан, нахо-

дящихся в восстановительном периоде после перенесенного обострения, осложненного течения или хирургического лечения ЯБ и ее осложнений. Кроме того, рекомендуется обеспечить врачом (сестринским) наблюдением и всех лиц, имеющих высокий риск развития ЯБ. Алгоритм диспансерного осмотра пациента представлен в **таблице 1**.

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения ДН являются клинические рекомендации "Язвенная болезнь", разработанные Российской гастроэнтерологической ассоциацией, Ассоциацией "Эндоскопическое общество "РЭнДО", Российским обществом колоректальных хирургов, одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России, утвержденные Минздравом России в 2020 г. и пересмотренные в 2024 г., а также клинические рекомендации "Гастрит и дуоденит", утвержденные Минздравом России в 2024 г.³.

Кроме того, оказание медицинской помощи регламентируется приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 906н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"⁴ и Стандартом специализированной медицинской помощи взрослым при ЯБ (диагностика и лечение), утвержденным приказом Минздрава России от 10.06.2021 № 611н⁵.

¹ Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н (ред. от 31.10.2017) "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971).

² Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288).

³ Клинические рекомендации "Язвенная болезнь", утвержденные Минздравом России в 2020 г. и одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России. <https://cr.minzdrav.gov.ru/archive>; Клинические рекомендации "Язвенная болезнь", утвержденные Минздравом России в 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/277_2; Клинические рекомендации "Гастрит и дуоденит", утвержденные Минздравом России в 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/708_2.

⁴ Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 906н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 января 2013 г., регистрационный № 26641).

⁵ Приказ Минздрава России от 10.06.2021 № 611н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при язвенной болезни (диагностика и лечение)" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 июля 2021 г., регистрационный № 64165).

Таблица 1

Алгоритм ДН пациентов с ЯБ желудка и ДПК врачом-терапевтом

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
Язва желудка (K25) Язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) (K26)	Первое посещение: при взятии под ДН Далее: - язва желудка — не реже 1 раза в 6 мес.; - язва ДПК — не реже 1 раза в год Контролируемый показатель: отсутствие или уменьшение частоты рецидивов Длительность наблюдения: - язва желудка — в течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации); - язва ДПК — в течение 5 лет с момента последнего обострения	Сбор жалоб с оценкой динамики: - боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника; - отрыжка кислым, тошнота, запоры (при обострении); - снижение массы тела; - астеновегетативная симптоматика: раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, нарушения сна, повышение аппетита. Сбор анамнеза: - характеристика болей по времени возникновения: - сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка); - через 30-60 мин после еды (при язвах тела желудка); - поздние боли (через 2-3 ч после еды), "голодные" боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли (при язвах пилорического канала и луковицы ДПК); - боли проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов; - частота обострений и длительность ремиссий; - наличие или отсутствие изменений в характере жалоб; - наличие "симптомов тревоги": - мелена; - рвота кровью, рвота съеденной пищей; - слабость, эпизоды потери сознания; - выраженное похудание; - наличие рака желудка у родственников первой линии родства (родители пациента); - наличие в анамнезе: - хронического гастрита (тип В); - дуоденогастрального рефлюкса; - осложнений ЯБ (кровотечения, прободения, пенетрации, рубцово-язвенного стеноза); - характер оперативных вмешательств, если они проводились; - наличие ЯБ у ближайших родственников; - наличие сопутствующих заболеваний; - сбор лекарственного анамнеза; - данные о предшествующем инфицировании <i>H. pylori</i>, эрадикационной терапии. Физикальное обследование: - антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии); - расчет ИМТ; - пальпация пульса на периферических артериях; - измерение частоты сердечных сокращений; - измерение АД; - подсчет частоты дыхательных движений; - оценка наличия и распространенности отеков; - пальпация щитовидной железы (определение размеров, подвижности и болезненности); - аускультация сердца и легких; - перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
		Оценка факторов риска и анализ их динамики Факторы риска ХНИЗ: • избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) и ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), абдоминальное ожирение (окружность талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин) или дефицит массы тела (ИМТ $< 18,5$ кг/м²); • употребление алкоголя: всем пациентам рекомендуется отказаться от употребления алкоголя; • статус курения: всем пациентам рекомендуется отказ от курения. Следует разъяснить пациенту патологические последствия курения табака и электронных средств доставки никотина, необходимость лечебно-профилактических мероприятий по оказанию помощи по отказу от курения; • артериальная гипертензия (систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст.): всем пациентам при АД $\geq 130/80$ мм рт.ст. разъяснить значимость профилактики повышения уровня АД и его контроля; • оценка уровня физической активности; Факторы риска развития ЯБ и ее осложнений: • неконтролируемый прием НПВП, чаще всего ацетилсалициловой кислоты; • одновременный прием высоких доз НПВП и антикоагулянтов или дезагрегантов; • прием системных глюкокортикостероидов; • пожилой возраст (65 лет и старше); • наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы и печени; • инфекция <i>H. pylori</i>. Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики): • общий (клинический) анализ крови — не реже 1 раз в год; • с целью определения показаний к эрадикационной терапии и контроля эрадикации: — ¹³C-уреазный дыхательный тест на <i>H. pylori</i> (для контроля эрадикации — через 4-6 нед. после окончания эрадикационной терапии); — определение антигена <i>H. pylori</i> в кале; при одновременном проведении ЭГДС — выполнение быстрого уреазного теста (при условии, что биопсия взята из двух отделов желудка (2 фрагмента из тела желудка и 1 фрагмент из антрального отдела желудка)). Отрицательный результат теста рекомендуется подтвердить вторым методом. Инструментальные исследования: • ЭГДС — не реже 1 раз в год; • ЭГДС с биопсией: — множественная щипцовая биопсия из краев язвенного дефекта с последующим патоморфологическим исследованием биопсийного материала для исключения злокачественного характера язвенного поражения рекомендуется при локализации язвы в желудке (не реже 1 раз в год и/или по окончании курса консервативного лечения); — при локализации язвы в области ДПК проведение биопсии для последующего патологоанатомического исследования не требуется; • рентгенография желудка и ДПК с барием — при невозможности выполнения ЭГДС и подозрении на стенозирование [1]. Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их эффективности и совместимости: • показаний к применению; • наименований, доз и длительности приема; • достигнуто/не достигнуто улучшение состояния пациента.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
		Консультации врачей-специалистов: • врач-гастроэнтеролог — по медицинским показаниям, для пациентов с язвой желудка — не реже 1 раз в год; • врач-онколог — по медицинским показаниям; • хирург — по медицинским показаниям при подозрении на стенозирование и пенетрацию. Оценка достижения целевых показателей здоровья: • нормализация нутритивного статуса; • ИМТ 18,5-24,9 кг/м², окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины); • прекращение воздействия табака в любой форме; • отказ от употребления алкоголя; • здоровое питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • физическая активность умеренной интенсивности — не менее 150-300 мин в нед., высокой интенсивности — не менее 75-150 мин в нед. (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по основному заболеванию: — купирование клинических симптомов; — эпителизация эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки желудка/ДПК; — поддержание клинической и эндоскопической ремиссии; — отсутствие осложнений. Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска, рекомендации по профилактике модифицируемых факторов и психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом. Назначение или коррективировка немедикаментозной и медикаментозной терапии: • модификация образа жизни: нормализация массы тела, исключение курения, отказ от употребления алкоголя, избегание стрессовых ситуаций, соблюдение режима труда и отдыха; • коррекция диеты: — в период обострения заболевания рекомендовано дробное питание, механическое, термическое и химическое щажение; — исключение продуктов, раздражающих слизистую оболочку желудка и возбуждающих секрецию соляной кислоты (крепкие мясные и рыбные бульоны, жареное и острое, копчености и консервы, соленья и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые); — предпочтение продуктам, обладающим выраженными буферными свойствами (способностью связывать и нейтрализовывать соляную кислоту) — мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты; — разрешено употребление макаронных изделий, черствого белого хлеба, печенья, молочных и вегетарианских супов. Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) можно готовить тушеными или в виде пюре и паровых суфле. В пищевой рацион следует включать каши, кисели из сладких сортов ягод, муссы, желе, сырые тертые и печеные яблоки, какао с молоком, некрепкий чай; — принимать пищу следует в спокойной обстановке, не спеша, сидя, тщательно прожевывая. Это способствует лучшему пропитыванию пищи слюной, буферные возможности которой являются достаточно выраженными; • коррекция фармакотерапии; • при возможности коррекция терапии сопутствующих заболеваний с ограничением приема лекарственных препаратов, обладающих ulcerогенным действием.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
		Определение показаний к госпитализации (Приложение 7). Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 8): • пациентам с ЯБ через 2-3 мес. после стихания обострения рекомендуется санаторно-курортное лечение продолжительностью 14-21 день. Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра: • информирование о течении болезни по данным объективной оценки; • выдача рекомендаций, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; • информирование о необходимости регулярного динамического наблюдения; • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации⁶; • назначение даты следующего диспансерного осмотра. Направление на вакцинацию: • против гриппа — ежегодно в августе-сентябре; • против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; • против других инфекционных заболеваний при наличии медицинских показаний⁷; • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики. Направление пациента с наличием факторов риска ХНИЗ в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска; Направление в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации. Оформление медицинской документации: • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", • формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"⁸; • формы № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости)⁹.

Сокращения: АД — артериальное давление, ДПК — двенадцатиперстная кишка, ИМТ — индекс массы тела, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия, ЯБ — язвенная болезнь.

⁶ Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный № 64042).

⁷ Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный № 66435).

⁸ Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188).

Приложение 1. ЯБ желудка и ДПК. Формулировка диагноза и кодирование по МКБ-10

Адаптировано из клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации "Язвенная болезнь" (2020, 2024)

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 ДПК [2].

Решающая роль в развитии ЯБ принадлежит *Helicobacter pylori*, вызывающей воспалительный процесс через целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), биологически активных компонентов (интерлейкины, лизосомальные ферменты, фактор некроза опухоли-альфа), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, воздействие цитотоксинов (VacA-штамм, CagA-штамм), а также через изменение кислотопродуцирующей функции желудка посредством влияния на секрецию гормонов пищеварительной системы (гастрин, соматостатин и др.). Ассоциированными с *H. pylori* оказываются ~80% язв ДПК и 60% язв желудка. *H. pylori*-негативные язвы чаще всего обусловлены приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и ДПК может возникнуть в результате снижения выработки и нарушения качественного состава желудочной слизи, уменьшения секреции бикарбонатов, снижения регенераторной активности эпителиальных клеток, ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка, уменьшения содержания простагландинов, количества и структуры пристеночной слизи (например, при приеме НПВП).

Общепринятой классификации ЯБ не существует. Типологизация ЯБ представлена в [таблице 2](#).

Таблица 2

Типологизация язвенной болезни

По наличию инфекции <i>H. pylori</i>	Ассоциированная с инфекцией <i>H. pylori</i>
	Не ассоциированная с инфекцией <i>H. pylori</i>
По возникновению	Эссенциальная язвенная болезнь (язвенная болезнь как самостоятельное заболевание)
	Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (лекарственные, "стрессовые", при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних органов)
По локализации	Язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала)
	Язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы, постбульбарного отдела)
	Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
По числу язвенных поражений	Одиночные язвы
	Множественные язвы
По размеру язвенного дефекта	Малые (до 0,5 см в диаметре)
	Средние (0,6-1,9 см в диаметре)
	Большие (2,0-3,0 см в диаметре)
	Гигантские (>3,0 см в диаметре)
По стадии течения заболевания	Обострение
	Заживление
	Рубцевание (эндоскопически подтвержденная стадия "красного" и "белого" рубца)
	Ремиссия

Формулировка диагноза и кодирование по МКБ-10

Для формулировки диагноза используется "Классификация язв желудка и двенадцатиперстной кишки" (А.Л. Гребенёв, А.А. Шептулин, 1989) в модификации О.Н. Минушкина (1995) и А.С. Белоусова (2000).

При формулировании диагноза ЯБ необходимо указать следующее:

- локализацию процесса (язвенного дефекта, рубца). Пример: сочетанная язва (локализация в желудке и в ДПК); пептическая язва анастомоза; при наличии рубца указать его вариант ("красный", "белый");
- размеры язвенного дефекта (дефектов)/рубца;
- ассоциацию:
 - с инфекцией *H. pylori* (наличие/отсутствие). При наличии указать проведение эрадикационной терапии (год, схема, эффективность);
 - с приемом лекарственных препаратов;

- клиническое течение:
 - впервые выявленная ЯБ;
 - хроническое течение (редко рецидивирующее; рецидивирующее; непрерывно-рецидивирующее);
- фазу процесса:
 - обострение (указывается при хроническом течении);
 - рубцевание (стадия "красного" и/или "белого" рубца) или хроническая длительно не рубцующаяся язва, резистентная язва;
 - ремиссия, рубцово-язвенная деформация желудка и/или ДПК (при наличии);
- осложнения ЯБ (в том числе анамнестические с указанием даты):
 - кровотечение;
 - перфорация;
 - пенетрация;
 - стенозы пилорoduodenальной зоны;
- оперативные вмешательства по поводу ЯБ (если они проводились с указанием даты и объема оперативного вмешательства);
- сопутствующую патологию, включая вариант гастрита, дуоденита.

Кодирование 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.

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.

Приложение 2. Клиническая картина и диагностика. Осложнения ЯБ желудка и ДПК

Адаптировано из клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации "Язвенная болезнь" (2020, 2024)

Клиническая картина

Ведущим в клинической симптоматике ЯБ является синдром эпигастральной боли. Боли при неосложненном течении заболевания, как правило, связаны с употреблением пищи и проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов. Клинические симптомы, наблюдаемые при ЯБ, не являются высоко специфичными и могут встречаться при других заболеваниях. Помимо абдоминальной боли, среди клинических проявлений могут быть чувство тяжести в эпигастрии, тошнота, отрыжка. У части пациентов (до 10%) заболевание протекает бессимптомно.

В неосложненных случаях ЯБ протекает обычно с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3-4 до 6-8 нед.) и ремиссии (длительностью от нескольких недель до многих лет).

Определенные особенности клинической картины свойственны *симптоматическим язвам*, возникающим на фоне других заболеваний ("стрессовые" язвы; язвы Кушинга при черепно-мозговых травмах и нейрохирургических операциях; язвы Курлинга при ожоговой болезни; при эндокринных заболеваниях — синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз; сосудистые язвы — "ишемические" язвы при остром инфаркте миокарда; у пациентов с терминальной стадией хронической почечной и печеночной недостаточности и других критических состояниях; проявление болезни Крона) или при приеме лекарственных препаратов.

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 ДПК наибольшее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-гастропатия), блокирующих фермент циклооксигеназу-1, отвечающую 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 развития таких язвенных дефектов относятся пожилой возраст пациентов, наличие в анамнезе эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, синдром диспепсии, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, сочетанный прием НПВП с дезагрегантами и/или антикоагулянтами, ингибиторами обратного захвата серотонина, высокая доза НПВП, прием алкоголя.

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") [3].

Синдром Золлингера-Эллисона характеризуется резким увеличением секреции соляной кислоты в результате развития у пациента гастринпродуцирующей опухоли, которая чаще всего локализуется, либо в проксимальной части ДПК, либо в поджелудочной железе. В большинстве случаев синдром Золлингера-Эллисона ассоциируется с *MEN1* (синдромом Вермера). При синдроме Золлингера-Эллисона часто развиваются множественные язвы с локализацией не только в желудке и ДПК, но и в тощей кишке и пищеводе, протекающие с выраженным болевым синдромом и диареей.

Диагностика

Диагноз ЯБ устанавливается на основании анамнестических данных (характерные жалобы, выявление ЯБ прежде), физикального обследования (обнаружение болезненности и резистентности мышц брюшной стенки при пальпации), инструментального обследования (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом и/или рентгенологическом исследовании желудка и ДПК).

Для исключения анемии как следствия скрытых язвенных кровотечений рекомендуется выполнение общего анализа крови с определением уровня гемоглобина и гематокрита.

При невозможности провести эзофагодуоденоскопию (ЭГДС) рекомендовано проведение рентгенографии желудка и ДПК.

При подозрении на синдром Золлингера-Эллисона рекомендовано исследование уровня тощакового гастрина крови.

Эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики. При локализации язвы в желудке проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения, а также выявить *H. pylori*.

При гистопатологическом стадировании гастрита необходима биопсия из **5 точек**: антральный отдел по малой кривизне в 3-5 см от пилоруса, антральный отдел по большой кривизне в 3-5 см от пилоруса, угол желудка, тело желудка по малой кривизне (~8 см от кардии); тело желудка по большой кривизне. При выявлении язвы извлекают дополнительно 5-6 фрагментов слизистой оболочки из центра очага и периферии [4, 5].

*Всем пациентам с ЯБ желудка или ДПК в обязательном порядке необходимо выполнение диагностических исследований, направленных на выявление *H. pylori* и проведение эрадикационной и поддерживающей терапии с целью предупреждения рецидивов ЯБ и ее осложнений [6-9] (Приложения 3, 5).*

Существуют инвазивные и неинвазивные тесты для обследования на *H. pylori*. К инвазивным тестам относятся: быстрый уреазный тест, гистологическое исследование, бактериальный посев, полимеразная цепная реакция (ПЦР) *H. pylori* (прямое обнаружение генетического материала в биоптате из желудка). К неинвазивным тестам относятся: дыхательные тесты — ^{13}C -уреазный дыхательный тест на *H. pylori*, аммонийный дыхательный (Хелик) тест; анализы кала — антиген кала (иммуоферментный анализ, ИФА) на *H. pylori*, ПЦР кала на *H. pylori*; анализы крови — IgG *H. pylori*, IgA, IgM *H. pylori*.

Наибольшей информативностью обладают ^{13}C -уреазный дыхательный тест на *H. pylori* и антиген кала (ИФА) на *H. pylori*. Аммонийный дыхательный (Хелик) тест и ПЦР кала на *H. pylori* малоинформативны. Серологические тесты имеют ряд особенностей: анализ крови на IgG *H. pylori* не позволяют отличить перенесенную инфекцию от настоящей; анализ крови на IgA, IgM *H. pylori* не применяются из-за слабого иммунного ответа.

Осложнения

К осложнениям ЯБ относят: кровотечение, перфорация, пенетрация, формирование рубцово-язвенного стеноза.

Язвенное кровотечение. К факторам риска его возникновения относят прием ацетилсалициловой кислоты и НПВП, антикоагулянтов и их сочетание, инфекция *H. pylori* и размеры язв >1 см, пожилой возраст. Наблюдается у 15-20% пациентов с ЯБ. Проявляется рвотой содержимым типа "кофейной гущи" (гематомезис) или черным дегтеобразным стулом (мелена). На первое место в клинической картине язвенного кровотечения могут выступать косвенные признаки (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия), тогда как мелена может появиться лишь спустя несколько часов.

Перфорация (прободение) язвы — это распространенное осложнение, ведущее к развитию перитонита, с высокой летальностью среди пациентов, достигающей 30%. Наиболее высокая летальность наблюдается среди пожилых пациентов, а также в группе пациентов с поздней госпитализацией (>24 ч от развития данного осложнения). К развитию перфорации язвы предрасполагают физическое перенапряжение, прием алкоголя, переедание. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного ("немого") течения ЯБ. Перфорация встречается у 5-15% пациентов с ЯБ, чаще у мужчин. Клинически манифестирует острейшими ("кинжальными") болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния. При обследовании 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.

Пенетрация — проникновение язвы желудка или ДПК 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, возникают другие признаки воспаления и поражения других органов. Наличие пенетрации язвы подтверждается рентгенологически и эндоскопически.

Стеноз привратника формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом

канале или начальной части ДПК. Нередко развитию стеноза способствует операция ушивания язвенного дефекта данной области. Наиболее характерные клинические симптомы — признаки нарушения эвакуации из желудка: рвота пищей, съеденной накануне, отрыжка с запахом сероводорода. При пальпации живота в подложечной области можно выявить "поздний шум плеска" (симптом Василенко). При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение пациентов, присоединяются электролитные нарушения.

Процессы малигнизации связаны с наличием фонового заболевания — хронического гастрита. За малигнизацию язвы нередко ошибочно принимаются случаи своевременно нераспознанного инфильтративно-язвенного рака желудка. Диагностика рака желудка не всегда оказывается простой. Клинически иногда удается отметить изменение характера течения ЯБ с утратой периодичности и сезонности обострений. В анализах крови обнаруживаются анемия, повышение скорости оседания эритроцитов. Окончательное заключение ставится при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из разных участков дефекта.

Приложение 3. Лечение ЯБ

Адаптировано из клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации "Язвенная болезнь" (2020, 2024), "Гастрит и дуоденит" (2024)

Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих ulcerогенным действием, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение. Пациенты с неосложненным течением ЯБ подлежат консервативному лечению. Уже на этапе диагностики пациентам может быть назначен ребамипид. Применение ребамипида оправдано, так как он ускоряет процесс эпителизации язвенных дефектов, что сокращает длительность терапии и не искажает результаты диагностических процедур.

Всем пациентам с ЯБ рекомендуется диетотерапия [10] (Приложение 4).

Всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* с целью лечения и профилактики последующих рецидивов рекомендуется проведение **эрадикационной терапии** [11, 12]. Возможные схемы эрадикационной терапии, рекомендованные к применению в клинической практике, представлены в **Приложении 5 (таблица 4)**.

Выбор схемы **первой линии** зависит от резистентности *H. pylori* к кларитромицину. Поскольку Российская Федерация, по данным на 2022 г., относится к регионам с резистентностью к кларитромицину <15%, схемой первой линии является классическая тройная эрадикационная терапия, включающая в себя ингибиторы протонной помпы (ИПП) (в стандартной дозе 2 раза в сут.), кларитромицин (500 мг 2 раза в сут.), амоксициллин (1000 мг 2 раза в сут.) в течение 14 дней. Тройную терапию целесообразно назначать с применением мер, способствующих повышению ее эффективности:

- добавление ребамипида в дозе 100 мг 3 раза в сут. для улучшения переносимости эрадикационной терапии;
- добавление висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 раза в сут. или 120 мг 4 раза в сут.;
- включение в схему эрадикационной терапии *H. pylori* пробиотика (*Saccharomyces boulardii* по 1 капсуле (250 мг) 2 раза в сутки или пробиотика, содержащего *Lactobacillus acidophilus* LA-5 и *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* BB-12);
- назначение дважды в день двойной дозы ИПП (для омепразола — удвоенной по сравнению со стандартной — 40 мг 2 раза в сут.);
- выбор эзомепразола или рабепразола из ИПП;
- назначение калий-конкурентного ингибитора протонного насоса (вонопрозана);
- добавление штаммоспецифичных пробиотиков, доказавших свою эффективность, для снижения частоты нежелательных явлений, в том числе антибиотик-ассоциированной диареи;
- повышение приверженности пациентов эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* [13].

При неэффективности терапии первой линии рекомендовано назначение одной из схем **второй линии** в течение 14 дней и также с применением указанных выше мер повышения эффективности:

- **классическая четырехкомпонентная терапия на основе висмута трикалия дицитрата:** ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сут.); висмута трикалия дицитрата (240 мг 2 раза в сут. или 120 мг 4 раза в сут.); тетрациклин (500 мг 4 раза в сут.); метронидазол (500 мг 3 раза в сут.). Может быть использована как терапия первой линии у пациентов с непереносимостью антибактериальных препаратов из группы пенициллинов;

- **схема с левофлоксацином:** ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сут.); левофлоксацин (500 мг 2 раза в сут.); амоксициллин (1000 мг 2 раза в сут.). Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только врачом-гастроэнтерологом по взвешенным показаниям.

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

ИПП являются средством базисной терапии ЯБ. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспептических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки [14-16].

Протокол фармакотерапии ЯБ, в том числе в период обострения, предусматривает назначение выбранного препарата: омепразола — в дозе 20 мг, лансопразола — в дозе 30 мг, пантопразола — в дозе 40 мг, рабепразола — в дозе 20 мг, эзомепразола — в дозе 20 мг в сут. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами в 2-4 нед.

При обострении ЯБ с целью ускорения сроков заживления и улучшения качества образующегося рубца рекомендован прием **эпителий-протективной терапии**. С этой целью может быть назначен ребамипид 100 мг по 1 таблетке 3 раза в день 2-4 нед., при необходимости курс можно продлить до 8 нед.

Пациентам с лабораторно и эндоскопически подтвержденным язвенным кровотечением с целью его остановки и снижения риска развития повторных кровотечений рекомендуется внутривенное введение ИПП [17]. Одномоментно болюсно внутривенно вводится 80 мг эзомепразола с последующей непрерывной внутривенной инфузией этого препарата (в дозе 8 мг в час) в течение 72 ч [18].

Пациентов с осложненными формами ЯБ (кровотечение, перфорация и др.) рекомендуется госпитализировать с целью оперативного лечения в стационар хирургического профиля [19-21].

Приложение 4. Основные принципы диетического питания пациентов с ЯБ

Адаптировано из клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации "Язвенная болезнь" (2020, 2024)

Таблица 3

Перечень разрешенных и запрещенных продуктов

Запрещенные продукты	Рекомендуемые продукты
• Крепкие мясные и рыбные бульоны; • жареная и острая пища; • копчености и консервы; • приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчица); • соленья и маринады; • газированные фруктовые воды; • алкогольные напитки; • кофе; • цитрусовые	• Мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару); • яйца; • молоко и молочные продукты; • макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье; • молочные и вегетарианские супы; • овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) — тушение, приготовление пюре и паровых суфле; • каши, кисели из сладких сортов ягод, муссы, желе, сырые тертые и печеные яблоки, какао с молоком, некрепкий чай

Примечание: рекомендовано частое (5-6 раз в сут.) питание, соответствующее правилу: "шесть маленьких приемов пищи лучше, чем три больших", механическое, термическое и химическое щажение.

Приложение 5. Лекарственные комбинации и схемы для эрадикации *H. pylori*

Адаптировано из клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации "Язвенная болезнь" (2020, 2024), "Гастрит и дуоденит" (2024)

Таблица 4

Лекарственные комбинации и схемы для эрадикации *H. pylori*

Линии терапии	Возможные схемы эрадикации
Первая	В регионах с резистентностью к КЛА <15% или с подтвержденной эффективностью стандартной тройной терапии: ИПП + КЛА 500 мг 2 раза + АМО 1000 мг 2 раза, 14 дней. Целесообразно назначать с применением мер, способствующих повышению эффективности данной схемы эрадикационной терапии (одной или нескольких): — добавление к терапии ребамипида в дозе 100 мг 3 раза в день на 8 нед.; — добавление к терапии ВТД 120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза; — предпочтительное назначение ЭЗО/РАБЕ в качестве ИПП; — назначение удвоенной дозы ИПП; — назначение калий-конкурентного ингибитора протонного насоса (вонопразана); — назначение про- и метабитиков с доказанной эффективностью
	При резистентности к КЛА >15% схемами первой линии могут быть: ИПП + ТЕТ 500 мг 4 раза + МТР 500 мг 3 раза + ВТД 120 мг 4 раза, 14 дней; ИПП + КЛР 500 мг 2 раза + АМО 1000 мг 2 раза + МТР 500 мг 3 раза, 14 дней
Вторая	ИПП + ТЕТ 500 мг 4 раза + МТР 500 мг 3 раза + ВТД 120 мг 4 раза, 14 дней (если не применялась как терапия первой линии)
	ИПП + ЛЕВ 500 мг 2 раза + АМО 1000 мг 2 раза +/- ВТД 120 мг 4 раза, 14 дней
Третья	ИПП + ЛЕВ 500 мг 2 раза + АМО 1000 мг 2 раза +/- ВТД 120 мг 4 раза, 14 дней (если не применялась как терапия второй линии)
	Терапия, основанная на определении индивидуальной чувствительности <i>H. pylori</i> к антибиотикам

Примечание: во всех схемах ИПП назначаются в стандартной дозе два раза в сутки, кроме омепразола, который назначается в двойной стандартной дозе (40 мг 2 раза в сут.).

Сокращения: АМО — амоксициллин, ВТД — висмута трикалия дицитрат, ИПП — ингибиторы протонной помпы, КЛА — кларитромицин, ЛЕВ — левофлоксацин, МТР — метронидазол, ОМЕ — омепразол, РАБЕ — рабепразол, ТЕТ — тетрациклин, ЭЗО — эзомепразол.

Приложение 6. Особенности течения ЯБ у отдельных групп пациентов

Адаптировано из клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации "Язвенная болезнь" (2020, 2024)

ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста

В развитии гастродуоденальных язв у пациентов пожилого возраста, помимо инфекции *H. pylori* 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 (НПВП), обладающих ulcerогенным действием.

Гастродуоденальные язвы у пациентов пожилого и старческого возраста обычно имеют стертую клиническую симптоматику на фоне приема препаратов, локализуются преимущественно в желудке (по малой кривизне тела или в субкардиальном отделе), иногда имеют 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 по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста.

ЯБ при беременности

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

В диагностически не ясных случаях, при подозрении на развитие осложнений (кровотечение, стеноз антрального отдела желудка, рак) ЭГДС в силу безопасности для плода может быть проведена при любом сроке беременности. Для исключения скрытого кровотечения проводится общий (клинический) анализ крови [22].

Дифференциальный диагноз обострения ЯБ затруднен, его необходимо проводить с эрозивным гастродуоденитом, панкреатитом, заболеваниями желчевыводящих путей, острым аппендицитом и ранним токсикозом. Стенозирующая язва антрального отдела желудка может имитировать 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 ЯБ, необходимо дифференцировать с эрозивным гастритом, синдромом Маллори-Вейсса, кровотечением из дыхательных путей, раком желудка.

Беременность оказывает благоприятное влияние на течение ЯБ: у 75-80% женщин отмечается ремиссия заболевания. Однако у некоторых пациенток может произойти обострение. Чаще это наблюдается в I триместре беременности (14,8%). Неосложненная язвенная болезнь не оказывает отрицательного влияния на развитие плода.

Лечение включает соблюдение диеты, прием в обычных терапевтических дозах невсасывающихся антацидов (например, коллоидного фосфата алюминия и адсорбентов в виде диоктаэдрического смектита). При отсутствии эффекта назначаются ИПП. За исключением омепразола, все ИПП классифицируются Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) как препараты категории В, что означает безопасность их использования во время беременности. В настоящее время омепразол классифицируется как препарат категории С (исследования на животных показывают риск, но исследования на людях неадекватны или отсутствуют, или не проводились вообще) [23].

При выраженных болях, обусловленных моторными нарушениями, 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.

При наличии симптомов диспепсии у женщины, планирующей беременность, целесообразно до наступления беременности выполнить диагностику инфекции *H. pylori* и при положительном тесте провести эрадикационную терапию.

Приложение 7. Правила действий при декомпенсации и осложнениях, показания к госпитализации

При рефрактерном течении заболевания, неэффективности лекарственной терапии, а также при подозрении на наличие осложнений, пациента необходимо **направить к врачу-гастроэнтерологу** для решения вопроса о необходимости проведения дополнительного обследования в условиях специализированного стационара.

Показания к госпитализации:

- неэффективность консервативной терапии;
- развитие осложнений заболевания, требующих оказания специализированной медицинской помощи;
- хирургическое лечение.

Приложение 8. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения¹⁰

Таблица 5

Медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания	Природные лечебные ресурсы
K25.7	Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения	Эрозии желудка. Язва (пептическая) пилорической части желудка, фаза ремиссии	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K26.7	Язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения	Эрозия двенадцатиперстной кишки. Язва (пептическая) двенадцатиперстной кишки, фаза ремиссии	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи

Медицинские противопоказания для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением природных лечебных ресурсов:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Воспалительные полиартропатии, системные поражения соединительной ткани, анкилозирующий спондилит, другие уточненные спондилопатии высокой степени активности.
5. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
6. Заразные болезни глаз и кожи.
7. Паразитарные заболевания.
8. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами.
10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).
11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
12. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
13. Эпилепсия с ремиссией <6 мес. (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).
14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
16. Кахексия любого происхождения.
17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.
18. Заболевания и состояния, определенные по результатам научных исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

¹⁰ Приказ Минздрава России от 27.03.2024 № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов".

Литература/References

- Chandie Shaw MP, van Romunde LK, Griffioen G, et al. Vergelijking van bifasisch radiologisch maag-en duodenumonderzoek met fiberendoscopie voor de diagnostiek van peptische zweren en maagcarcinomen [Comparison of biphasic radiologic stomach and duodenum studies with fiber endoscopy for the diagnosis of peptic ulcer and stomach carcinoma]. Ned Tijdschr Geneesk. 1990;134(7):345-9.
- Shay H, Sun DCH. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer. In: Bockus H.L. Gastroenterology, Philadelphia-London: Saunders Elsevier. 1968:420-65.
- Ivashkin VT, Sheptulin AA. Diseases of the esophagus, stomach and intestines. Moscow: MEDpress-inform; 2009. (In Russ.) Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.: МЕДпресс-информ; 2009.
- Outpatient gastroenterology. A guide for doctors edited by I.G. Bakulin. 2nd ed., supplement. and revised by M.: Medcongress, 2023. 276 p. (In Russ.) Амбулаторная гастроэнтерология. Руководство для врачей под редакцией И.Г. Бакулина. Изд. 2-е, дополн. и перераб. М.: Медконгресс, 2023. 276 с.
- Drapkina OM, Kashin SV, Kuvaev RO, et al. A modern algorithm for the diagnosis and management of patients with chronic atrophic gastritis and intestinal metaplasia of the stomach. Preventive medicine. 2023;26(1):7-10. (In Russ.) Драпкина О.М., Кашин С.В., Куваев Р.О. и др. Современный алгоритм диагностики и ведения пациентов с хроническим атрофическим гастритом и кишечной метаплазией желудка. Профилактическая медицина. 2023;26(1):7-10. doi:10.17116/profmed2023260117.
- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med. 2010;152(2):101-13. doi:10.7326/0003-4819-152-2-201001190-00009.
- Tomtitchong P, Siribumrungwong B, Vilaichone RK. Systematic review and meta-analysis: *Helicobacter pylori* eradication therapy after simple closure of perforated duodenal ulcer. Helicobacter. 2012;17(2):148-52. doi:10.1111/j.1523-5378.2011.00928.x.
- Sharma VK, Sahai AV, Corder FA, Howden CW. Helicobacter pylori eradication is superior to ulcer healing with or without maintenance therapy to prevent further ulcer haemorrhage. Aliment Pharmacol Ther. 2001;15(12):1939-47. doi:10.1046/j.1365-2036.2001.01134.x.
- Mayev IV, Samsonov AA. Duodenal ulcer: various approaches to modern conservative therapy. Consilium medicum. 2004;(1):6-11. (In Russ.) Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии. Consilium medicum. 2004;(1):6-11.
- Vomero MD, Colpo E. Nutritional care in peptic ulcer. Arq Bras Cir Dig. 2014;27(4):298-302. doi:10.1590/S0102-67202014000400017.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66(1):6-30. doi:10.1136/gutjnl-2016-312288.
- Wong CS, Chia CF, Lee HC, 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. doi:10.1016/j.jss.2012.10.046.
- Ivashkin VT, Lapina TL, Maev IV, et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association, the Scientific Community for the Promotion of Clinical Study of the Human Microbiome, the Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases, the Interregional Association for Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy for the diagnosis and treatment of *H. pylori* in adults. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology. 2022;32(6):72-93. (In Russ.) Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(6):72-93. doi:10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93.
- Scully B, Emberson JR, Spata E, et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomized trials. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018;3(4):231-41. doi:10.1016/S2468-1253(18)30037-2.
- 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.
- Hu ZH, Shi AM, Hu DM, Bao JJ. Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trial. Saudi J Gastroenterol. 2017;23(1):11-9. doi:10.4103/1319-3767.199117.
- Toews I, George AT, Peter JV, et al. Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. Cochrane Database Syst Rev. 2018;6:CD008687. doi:10.1002/14651858.CD008687.pub2.
- Evseev MA, Klishin IM. Effectiveness of antisecretory therapy with proton pump inhibitors in gastroduodenal ulcerative bleeding. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology. 2010;20(3):55-62. (In Russ.) Евсеев М.А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2010;20(3):55-62.
- Thorsen K, Glomsaker TB, 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. doi:10.1007/s11605-011-1482-1.
- 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. doi:10.1007/s00535-016-1166-4.
- Søreide K, Thorsen K, Harrison EM. Perforated peptic ulcer. Lancet. 2015;386(10000):1288-98. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7.
- Burkov SG. Diseases of the digestive system in pregnant women. Moscow: KRON-PRESS, 1996. 217 p. (In Russ.) Бурков С.Г. Заболевания органов пищеварения у беременных. М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. 217 с.
- Gerson LB. Treatment of gastroesophageal reflux disease during pregnancy. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2012;8(11):763-4.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина О. М. (Drapkina O. M.) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Ивашкин В. Т. (Ivashkin V. T.) — д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, президент Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации. ORCID: 0000-0002-6815-6015;

Маев И. В. (Maev I. V.) — д.м.н., профессор, академик РАН, первый проректор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Российский университет медицины" Министерства здравоохранения Российской Федерации. ORCID: 0000-0001-6114-564X;

Ливзан М. А. (Livzan M. A.) — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Омский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России по Сибирскому федеральному округу. ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Абдулганиева Д. И. (Abdulganieva D. I.) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России. ORCID: 0000-0001-7069-2725;

Бакулин И. Г. (Bakulin I. G.) — д.м.н., профессор, декан лечебного факультета, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-6151-2021;

Бакулина Н. В. (Bakulina N. V.) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России. ORCID: 0000-0003-4075-4096;

Гаус О. В. (Gaus O. V.) — д.м.н., доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России. ORCID: 0000-0001-9370-4768;

Ипатов П. В. (Ipatov P. V.) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0001-7724-6429;

Мамутова Э. М. (Mamutova E. M.) — м.н.с. лаборатории экспериментальной и профилактической гастроэнтерологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0001-6313-8582;

Савченко Е. Д. (Savchenko E. D.) — к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-3540-3331;

Сененко А. Ш. (Senenko A. Sh.) — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0001-7460-418X;

Шептулина А. Ф. (Sheptulina A. F.) — к.м.н., в.н.с., руководитель лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0001-7230-0780;

Шепель Р. Н. (Shepel R. N.) — к.м.н., заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-8984-9056.