

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

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

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ “ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА”**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ГУ «РСНПМЦХ
имени академика В. Вахидова»
С.И. Исмаилов



2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ “ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА”**

Ташкент – 2025

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

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Аннотация. Язвенная болезнь желудка – это хроническое заболевание, при котором в результате нарушения нейрогормональной регуляции и желудочного пищеварения в стенке этих органов образуется пептическая язва. Язвенная болезнь широко распространена и в развитых странах встречается у 3-5% взрослого населения. У мужчин язвенная болезнь наблюдается чаще, чем у женщин. В последнее время снизить распространенность этого заболевания позволили новые методы диагностики и успешное лечение хеликобактериальной инфекции.

За основу разработки данного клинического протокола были взяты следующие источники:

1. Клинические рекомендации ACG: Лечение язвенной болезни желудка при инфекции *Helicobacter pylori*. Авторы: Chey, William D. MD; Howden, Colin W. MD; Moss, Steven F. MD; Morgan, Douglas R. MD; Greer, Katarina B. MD; Grover, Shilpa MD; Shah, Shailja C. MD.

DOI: | 119(9): стр. 1730-1753, сентябрь 2024 г. Американский журнал гастроэнтерологии 10.14309/ajg.0000000000002968

Ссылка: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2024/09000/acg_clinical_guideline_treatment_of_helicobacter.13.aspx

2. Научно обоснованные рекомендации по клинической практике при язвенной болезни. Японское общество гастроэнтерологов (JSGE) 2020. Авторы: Tomoari Kamada, Kiichi Satoh, Toshiyuki Itoh, Masanori Ito, Junichi Iwamoto, Tadayoshi Okimoto, Takeshi Kanno, Mitsushige Sugimoto, Toshimi Chiba, Sachiyo Nomura, Mitsuyo Mieda, Hideyuki Hiraishi, Junji Yoshino, Atsushi Takagi, Sumio Watanabe, Kazuhiko Koike.

DOI: 10.1007/s00535-021-01769-0.

Ссылка: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33620586/>

3. Обновление рекомендаций S2k по *Helicobacter pylori* и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки Немецкого общества гастроэнтерологии, заболеваний пищеварительной системы и обмена

веществ (DGVS). Авторы: Wolfgang Fischbach, Jan Bornschein, Jörg C. Hoffmann, Sibylle Koletzko, Александр Линк, Lukas Macke, Peter Malfertheiner, Kerstin Schütte, Дитер-Майкл Селград, Sebastian Suerbaum, Christian Schulz.

Февраль 2024 года, Журнал гастроэнтерологии 62(02):261-321.

DOI:10.1055/a-2181-2225

Ссылка: https://www.researchgate.net/publication/378278927_Update_S2k-Guideline_Helicobacter_pylori_and_gastroduodenal_ulcer_disease_of_the_German_Society_of_Gastroenterology_Digestive_and_Metabolic_Diseases_DGVS_August_2023_-_AWMF-Registernummer_021-001

Код(ы) по МКБ-10 и МКБ-11 таб.№1

| МКБ-10 (K25) | | МКБ-11 (DA60) | |
|---------------------|--|--|---------------|
| K25 | Язвенная болезнь желудка | Язвенная болезнь желудка | (DA60) |
| K25.0 | Острая с кровотечением | Эрозия желудка | (DA60.0) |
| K25.1 | Острая с прободением | Язва желудка, ассоциированная с <i>Helicobacter pylori</i> | (DA60.1) |
| K25.2 | Острая с кровотечением и прободением | Лекарственно-индуцированная язва желудка, ассоциированная с <i>Helicobacter pylori</i> | (DA60.2) |
| K25.3 | Острая без кровотечения или прободения | Стрессовая язва желудка | (DA60.3) |
| K25.4 | Хроническая или неуточненная с кровотечением | Эозинофильная язва желудка | (DA60.4) |
| K25.5 | Хроническая или неуточненная с прободением | Лимфоцитарная язва желудка | (DA60.5) |
| K25.6 | Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением | Язва желудка, вызванная внешними причинами | (DA60.6) |
| K25.7 | Хроническая без | Язва желудка, | (DA60.7) |

| | | | |
|---|--|---|----------|
| | кровотечения или прободения | ассоциированная со вторичной инфекцией | |
| K25.9 | Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения | Другая уточненная язва желудка | (DA60.Y) |
| | | Язва желудка, не уточненная | (DA60.Z) |
| https://mkb-10.com/index.php?pid=10145 | | https://medznanie.ru/article/o-meditsine/yazva-jeludka-v-mkb-11-i-mkb-10-sravnitelnie-tablici | |

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

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

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

Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов:

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

Рецензенты:

| | |
|--------------------|--|
| Рецензенты: | Туракулов Уктам Нурмаматович – доцент кафедры Хирургия №1 при ТашИУВ, д.м.н. |
| | Тулержанов Нурпейс Кудайбергенович – доцент кафедры хирургических болезней медицинского факультета «Международного Казахско–Турецкого университета имени Х.А. Ясави» к.м.н. |

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

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Руководитель отделения Гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени №1, главный хирург при Министерстве Здравоохранения РУз д.м.н. профессор - Акбаров Миршавкат Миралимович.
2. Руководитель отделения Взрослой кардиохирургии д.м.н. профессор – Алиев Шерзод Махмудович.

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

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

Практикующие врачи:

1. врач общей практики
2. врач хирург
3. терапевт

4. детский хирург

5. гастроэнтеролог

Пользователи протокола:

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

Категория пациентов в данной нозологии: взрослые и дети.

Шкала оценки рекомендации по классам

| Класс рекомендации | Определение | Значение |
|--------------------|---|--------------------------|
| I | Доказано, что конкретные методы лечения/обследования/вмешательств полезны и эффективны или являются общепринятыми, а потенциальная польза очевидна по сравнению с потенциальным риском и значительно превосходит его. | Рекомендовано |
| II | Данные, противоречащие пользе/эффективности конкретного лечения/обследования/вмешательства и/или противоречащее мнение или неопределенность в отношении пользы/риска. | Может быть рекомендовано |
| IIa | Большая часть данных / мнений показывает преимущества / эффективность. | |
| IIb | Данные / мнения менее убедительно свидетельствуют о пользе / эффективности. | Очень осторожно |

| | | |
|----------|---|------------------|
| Ш | Информация о конкретном лечении / исследовании / процедуре / вмешательстве или единственное мнение, которое не является полезным / эффективным или о том, что потенциальный риск перевешивает потенциальную пользу. | Не рекомендуется |
|----------|---|------------------|

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

| УДД | Расшифровка |
|-----|---|
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Не сравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

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

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

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

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

Сокращения, используемые в протоколе представлены в таблице №2.

| | |
|------------------|--|
| АБС | абдоминальный болевой синдром |
| АД | артериальное давление |
| АЛТ | аланинаминотрансфераза |
| АСТ | аспартатаминотрансфераза |
| АФК | активные формы кислорода |
| БУТ | быстрый уреазный тест |
| ВНС | вегетативная нервная система |
| ВОПТ | верхние отделы пищеварительного тракта |
| ДПК | двенадцатиперстная кишка |
| ЖКТ | желудочно-кишечный тракт |
| ИПН | ингибиторы протонного насоса |
| ЛФК | лечебная физкультура |
| НПВС | нестероидные противовоспалительные препараты |
| <i>H. pylori</i> | <i>Helicobacter pylori</i> |
| СОЖ | слизистая оболочка желудка |
| УЗИ | ультразвуковое исследование |
| ЭГДС | эзофагогастродуоденоскопия |
| ЭКГ | электрокардиография |
| ЭхоКГ | эхокардиография |
| ЯБ | язвенная болезнь |

| | |
|------------|--|
| ЯГДК | язвенное гастродуоденальное кровотечение |
| ЯБЖ | язвенная болезнь желудка |
| CMV | цитомегаловирус (герпес-вирус 5 типа) |
| EBV | Эпштейн-Барр вирус (герпес-вирус 4 типа) |
| HHV 1 типа | герпес-вирус человека 1 типа |
| HHV 2 типа | герпес-вирус человека 2 типа |

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА»..... | 4 |
| НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА»..... | 73 |
| НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА»..... | 96 |

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

2.1. Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка [5].

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

В возрастных группах язвенная болезнь желудка встречается чаще от 25 до 50 лет, а язвенная болезнь желудка - от 40 до 60 лет. Вследствие этого возможны некоторые особенности в диагностике язвенной болезни желудка у пациентов разных возрастных групп обусловленные клиническим течением самой язвенной болезни. В последние годы отмечают тенденцию к снижению частоты госпитализации по поводу неосложнённой язвенной болезни при повышении частоты выявления язвенных кровотечений, обусловленных возросшим приёмом НПВП [4,12].

2.2. Определение

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) – хроническое рецидивирующее мультифакторное заболевание, проявляющееся образованием язвенных дефектов в стенке слизистой желудка с возможным прогрессированием и

развитием осложнений [12]. 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 [1]. Агрессивное звено язва образования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислота-выделения, повышение выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка, обсеменение слизистой оболочки желудка микроорганизмами *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [4,12].

Остановившееся язвенное кровотечение - кровотечение из язвы желудка, которое самостоятельно остановилось к моменту выполнения эндоскопического исследования или хирургического вмешательства.

Острая язва с прободением и кровотечением - острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость и кровотечением из аррозированного сосуда в брюшную полость или в просвет органа.

Пенетрация язвы - глубокий дефект, поражающий стенку желудка, с проникновением в смежные органы, чаще печень или в поджелудочную железу. Перенесенное (состоявшееся) язвенное гастродуоденальное кровотечение – клинический термин, отражающий объективно подтверждённый факт того, что у пациента произошло (состоялось) внутрипросветное кровотечение из язвы желудка или ДПК. Термин чаще используется для характеристики кровотечения, самостоятельно остановившегося на момент диагностики. Прикрытая перфорация язвы - язва с перфоративным отверстием, как правило, небольшого диаметра (до 0,3-0,5 см), прикрытая частицей пищи или фибрином, нижней поверхностью печени, прядью сальника, стенкой ободочной кишки. Продолжающееся язвенное

гастродуоденальное кровотечение - кровотечение из язвы желудка или ДПК, при котором в момент выполнения эндоскопического исследования или хирургического вмешательства отмечается поступление крови из язвы. Признаком продолжающегося кровотечения во время эндоваскулярного вмешательства служит поступление контрастных средств за пределы сосудистого русла (экстравазация).

Рецидив кровотечения из язвы (рецидивирующее язвенное гастродуоденальное кровотечение) - возобновление кровотечения из той же язвы желудка или ДПК, которая послужила источником первичного кровотечения, после его спонтанной или эндоскопической остановки, либо после хирургического вмешательства. В большинстве случаев рецидив кровотечения развивается в процессе пребывания пациента в стационаре.

Стеноз двенадцатиперстной кишки - полное или частичное сужение просвета двенадцатиперстной кишки, в результате чего возникает её непроходимость.

Язва желудка с прободением - острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость. Язвенное гастродуоденальное кровотечение - кровотечение в просвет желудочнокишечного тракта, источником которого является язва желудка или ДПК. <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr277.pdf>

2.3. Клиническая классификация

Общепринятой классификации ЯБЖ не существует. Прежде всего, в зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H. pylori* выделяют ЯБ, ассоциированную и неассоциированную с инфекцией *H. pylori*. Последнюю форму иногда также называют идиопатической. Также различают ЯБ как самостоятельное заболевание (эссенциальная язвенная болезнь) и симптоматические язвы желудка (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних

органов), которые возникают на фоне других заболеваний и по механизмам своего развития связаны с особыми этиологическими и патогенетическими факторами [7].

В зависимости от локализации выделяют язвы желудка – антрального отдела, тела желудка, а также сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка [4,12].

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, рубцевания (эндоскопически подтвержденная стадия «красного» и «белого» рубца) и ремиссии, а также имеющаяся рубцово-язвенная деформация желудка [8].

При формулировке диагноза указываются наличие осложнений ЯБЖ (в том числе, и анамнестических): кровотечений, прободения, пенетрации, рубцово-язвенного стеноза привратника, а также характер оперативных вмешательств, если они проводились [12].

На таблице №3 представлены краткое описание вида язв.

Таб.№3 Виды язв.

| Виды язвы | Причины | Клинические проявления |
|--|--|--|
| Стрессовые (вследствие ишемии слизистой оболочки) Локализация в желудке | Травма, в том числе черепно-мозговая (язвы Кушинга), при ожогах (язвы Курлинга), шоке, обморожениях и т.д. | Болевой синдром чаще отсутствует, первым признаком является остро возникшее кровотечение, реже перфорация. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Медикаментозные (вследствие нарушения выработки простагландинов и слизи, снижения темпов регенерации)</p> | <p>Терапия НПВП, кортикостероидами системного действия Противоопухолевым и препаратами (цитостатиками) и др.</p> | <p>Чаще протекают бессимптомно, проявляются внезапно возникшим кровотечением. Иногда сопровождаются изжогой, болями в эпигастрии, тошнотой</p> |
| <p>Эндокринные</p> | <p>Сахарный диабет (изменяются сосуды подслизистого слоя по типу микроангиопатии, снижается уровень трофических процессов)</p> | <p>Локализуются в желудке, малосимптомны, иногда осложняются кровотечением.</p> |
| | <p>Синдром Золлингера-Эллисона (выявляется выраженная гиперацидность, повышение гастрина в сыворотке крови)</p> | <p>Имеет крайне тяжелое течение, множественная локализация язв, упорная диарея.</p> |
| | <p>Гиперпаратиреоз</p> | <p>Локализация чаще в ДПК, тяжелое течение с частыми рецидивами и склонностью к кровотечению и перфорации, характерны признаки повышенной функции паращитовидных желез:</p> |
| <p>Гепатогенные (нарушение кровотока в воротной вене, нарушение инактивации гистамина в печени, трофические и микроциркуляторные расстройства)</p> | <p>Цирроз печени, хронический гепатит</p> | <p>Локализуются чаще в желудке, реже в ДПК. Клиническая картина обычно стерта и атипична, язвы плохо поддаются терапии, отличаются торпидностью течения</p> |

| | | |
|---|--|--|
| Панкреатогенные (нарушение поступления бикарбонатов в кишечник при одновременном увеличении высвобождения кининов и гастрина) | Панкреатит | Локализуются обычно в ДПК. Для язв характерен выраженный болевой синдром, связь с приемом пищи. Течение язвенного процесса упорное, но осложнения наблюдаются редко. |
| Гипоксические (длительная гипоксия желудка) | Хронические заболевания легких и сердечно-сосудистой системы | Выраженная клиническая симптоматика, склонность к кровотечению |
| https://www.1spbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_terapii_fakultetskoy/lektsii/gastroenterology3.pdf?ysclid=lucl01dmpe823299172 | | |

2.4 Критерии установления диагноза заболевания/состояния:

Диагноз язвенной болезни устанавливается на основании

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

Диагностическая программа при ЯБЖ осложненная кровотечением должна: 1) установить факт острого кровотечения в просвет верхних отделов ЖКТ; 2) выявить источник кровотечения; 3) определить степень тяжести кровопотери. При угрожающих жизни кровотечениях диагностические исследования должны быть проведены параллельно с неотложными лечебными мероприятиями.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>.

2.5 Этиология и патогенез.

Язвенная болезнь желудка возникает, когда слизистая оболочка желудка повреждается, главным образом, кислотой. В норме за 24 часа париетальные клетки желудка выделяют около двух литров соляной кислоты, которая улучшает пищеварение и убивает бактерии. Пищевые белки в желудке стимулируют выработку гастрина, который запускает высвобождение гистамина из энтерохромаффиноподобных клеток желудка. Гистамин, в свою очередь, стимулирует H₂-рецепторы париетальных клеток, заставляя их выделять кислоту. Это контроль с отрицательной обратной связью, при котором результирующее падение рН вызывает высвобождение соматостатина, который ингибирует выработку гастрина. При ЯБЖ дисбаланс защитных факторов и факторов агрессии приводит к воспалению и образованию дефектов слизистой оболочки. Ослабленные нормальные защитные и восстановительные механизмы повышают вероятность повреждения слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки желудочной кислотой.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>.

У здоровых людей слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта **защищена несколькими факторами:**

- выработка слизи слизистой оболочкой (барьер для распространения кислоты и пепсина);
- выработка бикарбоната слизистой оболочкой (создает нейтральный уровень рН внутри и под слизью);
- плотное соединение эпителиальных клеток (предотвращает обратную диффузию ионов водорода);
- удаление лишних ионов H⁺ мембранными транспортными системами эпителиальных клеток;
- достаточный приток крови к слизистой (удаляет соляную кислоту, проникшую через эпителиальный слой);
- восстановление слизистой и поддержание ее целостности с помощью факторов роста и простагландинов.

К **агрессивным** факторам, нарушающим защитные механизмы слизистой, относятся:

- избыточная секреция кислоты;
- высокий уровень пепсина;
- инфекция *H. pylori*;
- НПВП;
- другие лекарственные препараты (глюкокортикоиды, бисфосфонаты).

Основными этиологическими факторами язвенной болезни при ЯБ являются инфекция *H. pylori* и НПВП. Около 95% язв двенадцатиперстной кишки и 70 % язв желудка вызываются *H. pylori*. Процент случаев язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, связанных с приемом НПВП, во всем мире достигает 14-25 %. Хеликобактер пилори нарушает нормальный баланс между защитными и агрессивными факторами, увеличивая выработку кислоты, повреждая слизистую оболочку желудка и вырабатывая токсины. Он может содержаться в кале, слюне и зубном налете и передаваться от человека к человеку. Хеликобактер пилори продуцирует уреазу, которая расщепляет мочевины, выделяя аммиак, защищающий ее от действия соляной кислоты желудка, а также разрушающий слизистый слой и проникающий в него. Кроме того, ферменты, вырабатываемые микроорганизмом, могут способствовать повреждению слизистой оболочки и образованию язв. Вначале *H. pylori* приводит к острому гастриту в препилорической зоне, который позже прогрессирует в хронический гастрит.

При язвенной болезни желудка, несмотря на ограничение секреторной активности слизистой оболочки, возможно вторичное изъязвление из-за качественного или количественного дефицита защитных факторов (образование слизи, консистенция эпителия). Таким образом, снижение выработки кислоты приводит к язвенной болезни желудка. *H. pylori* также может вызывать гипергастринемию, которая приводит к усиленной секреции соляной кислоты и образованию язв двенадцатиперстной кишки.

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

3.1 Жалобы и анамнез

Ведущим симптомом обострения ЯБ является боль в подложечной области, которая может иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боль возникает 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 ДПК обычно наблюдается поздняя боль (через 2-3 часа после еды), «голодная» боль, возникающая натощак и проходящая после приема пищи, а также ночная боль. Боль проходит после приема антисекреторных и антацидных препаратов. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21494041/>

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 патогномичными и могут встречаться при других заболеваниях (например, хроническом гастрите и дуодените с синдромом функциональной диспепсии), поэтому диагноз ЯБ должен обязательно подтверждаться 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 боли и диспепсических симптомов. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31921329/>

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).

Клинические проявления язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) можно разделить на две группы симптомов: общие признаки кровопотери (слабость, головокружение, потеря сознания, холодный липкий пот, снижение артериального давления, тахикардия) и симптомы, обусловленные попаданием крови в просвет желудочно-кишечного тракта. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30302383/>

Для ЯГДК характерно его возникновение на фоне обострения язвенной болезни с присущим ей болевым синдромом. Как правило, больные отмечают внезапное исчезновение болей в момент развития кровотечения. Рвота малоизменённой кровью со сгустками или содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) более характерна для кровотечения из язвы желудка, а чёрный дёгтеобразный стул (мелена) — для кровотечения из язвы ДПК, хотя преобладание тех или иных признаков во многом связано с темпом кровопотери.

Кровопотеря в 100 мл может привести к появлению черного, но оформленного кала. «Истинная» мелена (дегтеобразный, т.е. черный и жидкий стул) у взрослого человека возникает при кровопотере объемом около 500 мл. Быстрая и массивная кровопотеря в просвет кишки может

проявиться гематохезией - выделением через задний проход крови со сгустками.

При объективном обследовании выявляются: измененное поведение больного (беспокойство, испуг или апатия, сонливость, при тяжелой степени кровопотери – психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации); бледность кожных покровов, изменения пульса (частый, слабого наполнения); АД имеет тенденцию к снижению в зависимости от степени кровопотери; дыхание учащено. Пальцевое исследование прямой кишки, являющееся обязательным при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение, помогает выявить изменение окраски кала.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28053181/>

Характерными клиническими признаками перфорации (прободения) язвы (ПЯ) являются:

1. Острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе (симптом Дзелафуа).
2. Напряжение мышц живота («доскообразный живот»).
3. Боль при пальпации живота.

Положение пациента, вынужденное с согнутыми коленями, боль усиливается при движении, страдальческое выражение лица, кожные покровы бледные, губы цианотичны, сухость слизистой рта и губ. Артериальное давление снижено на 5-10%, пульс замедлен (симптом Грекова), дыхание частое, поверхностное. Передняя брюшная стенка напряжена («доскообразное» напряжение), в первый час заболевания отмечается резкая боль в эпигастрии и мезогастррии - 92% [18].

В первый час заболевания появляются положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского - 98%. При перкуссии живота появляется резкая боль. Можно установить исчезновение печеночной тупости (симптом Кларка) и появление высокого тимпанита над печенью (симптом Спигарного) - 37%. При наличии жидкости в нижних и боковых отделах живота определяются

притупление или тупость перкуторного звука (симптом Де Кервена). Результаты физикального обследования могут быть противоречивыми, так как симптомы перитонита наблюдаются у 35-50% пациентов с ПЯ. Чаще это происходит при прикрытой перфорации язвы или у пациентов с атипичной локализацией процесса. Боль в животе менее выражена при перфорации язв задней стенки двенадцатиперстной кишки и кардиального отдела желудка, когда его содержимое попадает в забрюшинную клетчатку или сальниковую сумку [7,12].

Под пенетрацией понимают проникновение язвы желудка или ДПК в окружающие ткани: поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и общий желчный проток. При пенетрации язвы возникает упорная боль, которая теряет 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 ДПК. 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. [5,17]

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. <https://rus.logobook.ru/af/2329256/4940/Затевахин%20Неотл%20абдоминальн ая%20хир%202022.pdf>.

Определенные особенности клинической картины присущи симптоматическим язвам, возникающим на фоне других заболеваний или при приеме лекарственных препаратов [17]. Так, к «стрессовым» гастродуоденальным язвам относят острые, обычно множественные язвы желудка и ДПК, 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. https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF

Среди лекарственных язв желудка и двенадцатиперстной кишки наибольшее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-гастропатия), блокирующих фермент циклооксигеназу-1, отвечающий за синтез простагландинов в стенке желудка. Гастродуоденальные язвы возникают у 20 - 25% 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 [19]. У пациента с признаками кровотечения из верхних отделов ЖКТ рекомендуется выполнить анализ жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни на этапе поступления в стационар, но это не должно приводить к задержке неотложных диагностических и лечебных мероприятий [12, 13, 14, 19, 21, 23].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Важно выяснить, как давно началось кровотечение; отмечалось ли предобморочное состояние, потеря сознания; имелись единичные или повторные эпизоды кровавой рвоты, объём и характер рвотных масс (алая или тёмная кровь, сгустки, содержимое типа «кофейной гущи»); частоту эпизодов мелены. Нередко (у 60-70% пациентов), анамнез указывает на наличие «неязвенных» заболеваний, которые могут осложниться кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (опухоли желудка, цирроз печени, синдром Мэллори-Вейсса и др.).

У значительного числа больных с ЯГДК кровотечение возникает на фоне обострения язвенной болезни или в анамнезе удастся отметить типичные признаки этого заболевания с характерным «язвенным» болевым синдромом и сезонностью обострений. У ряда больных можно встретить указания на неэффективность проведенного ранее хирургического лечения, когда вновь появившийся болевой синдром следует связать прежде всего с образованием пептической язвы. Необходимо выявить состояния, которые могут обусловить развитие острого ЯГДК: тяжелые сопутствующие заболевания (ИБС, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, нарушение мозгового кровообращения, почечная и печеночная недостаточность, онкологические и гематологические заболевания); лечение антитромботическими средствами (Код АТХ: B01A).

При поступлении в приёмное отделение пациента с подозрением на ПЯ рекомендуется осмотр врача-хирурга с целью исключения или подтверждения данного диагноза и определения дальнейшей тактики [18,21].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). Врачу при опросе пациента с подозрением на ПЯ рекомендуется обратить внимание на наличие симптома Дъелафуа (острую «кинжальную» боль в животе) и язвенный анамнез [18,21].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** внезапно возникшая интенсивная «кинжальная» боль связана с прорывом содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость и раздражением брюшины. <https://rus.logobook.ru/af/2329256/4940/Затевахин%20Неотл%20абдоминальна%20хир%202022.pdf>

3.2 Физикальное обследование

Общий осмотр:

- Ведущий клинический симптом: боли в эпигастральной области и справа от срединной линии, ближе к пупку, нередко иррадируют в спину, поясницу, правое плечо, лопатку, эпигастральную область.
- Боли по характеру: приступообразные, колющие, режущие.
- Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка).
- Боли проходят после приема антацидов, антисекреторных и спазмолитических препаратов, применения тепла.
- Диспепсический синдром: изжога (ранний и наиболее частый симптом), отрыжка, тошнота, запоры.
- Симптомы хронической интоксикации и астено-вегетативные нарушения. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

Пальпация:

- Положительный симптом Менделя;

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

Пациенту с признаками кровотечения из верхних отделов ЖКТ рекомендуется провести обследование при поступлении, включающее оценку всех основных систем организма; трансректальное пальцевое исследование; в необходимых случаях - зондирование желудка [12, 13, 14, 15, 19, 21, 23].

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

Комментарий. Данные объективного обследования в совокупности с жалобами и анамнезом, уже на этапе поступления пациента позволяют судить о степени тяжести и предполагаемом источнике кровотечения, сопутствующих заболеваниях. Спутанное сознание, резкая бледность кожных покровов и конъюнктивы, частый пульс слабого наполнения и напряжения, снижение артериального и пульсового давления, наличие в желудке большого количества крови и сгустков, а при ректальном исследовании - чёрного жидкого, либо с примесью крови содержимого служат признаками острого массивного кровотечения. Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек может выявить их субиктеричность или желтушность, наличие сосудистых звёздочек, расширение подкожных вен переднебоковых отделов живота, что обычно бывает при заболеваниях печени; внутрикожные или подкожные кровоизлияния, множественные телеангиоэктазии при заболеваниях кровеносных сосудов и нарушениях свертывающей системы крови. Клиническими наблюдениями проверено, что АД ниже 100 мм рт. ст. и частота пульса более 100 ударов в минуту у больного с нормальным обычным давлением соответствуют кровопотере около 20% ОЦК.

Перкуссия и пальпация в ряде случаев позволяет выявить опухоль желудка, увеличение печени и селезенки, признаки асцита, увеличенные

плотные лимфатические узлы. Осмотр больного необходимо закончить пальцевым исследованием прямой кишки, а затем зондированием желудка. Полученные при этом объективные данные, независимо от наличия или отсутствия анамнестических указаний на кровавую рвоту и дегтеобразный стул, являются важными признаками, обосновывающими клинический диагноз. [12, 15, 19, 24].

3.3 Перечень основных лабораторных диагностических мероприятий.

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

- Всем пациентам с ЯБ с целью исключения анемии как следствия скрытых язвенных кровотечений рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа крови [19]. Рекомендовано проведение всем пациентам с ЯБЖ общего (клинического) анализа крови, развернутого с целью комплексной диагностики анемии (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты);

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

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

- Всем пациентам с ЯБ с целью исключения скрытых язвенных кровотечений рекомендуется проведение исследования кала на скрытую кровь [24].

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

Комментарий. 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.

- У пациентов с рефрактерным течением язвенной болезни с целью исключения синдрома Золлингера-Эллисона рекомендуется исследование уровня гастрина сыворотки крови [25].

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

Комментарий. 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 пищеводе, протекают с выраженным болевым синдромом, упорной диареей. При обследовании таких пациентов отмечается резко повышенный уровень желудочного кислотовыделения (особенно в базальных условиях), определяется увеличенное содержание сывороточного гастрина (в 3-4 раза по сравнению с нормой). В распознавании синдрома Золлингера-Эллисона помогают провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном), ультразвуковое исследование и КТ поджелудочной железы, эндосонография желудка. Лабораторные исследования у пациентов с ЖКК, как правило, включают определение в экстренном порядке групп крови по системе АВ0, системы Резус (резус-фактор), Kell-принадлежности; выполнить общий (клинический) анализ крови; исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня хлоридов в крови, исследование кислотно-основного состояния газов крови, исследование уровня осмолярности (осмоляльности) крови; исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение меж дународного нормализованного отношения, исследование уровня фибриногена в крови; исследование уровня глюкозы в

крови, исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови) [12, 13, 14, 15, 19, 21, 23].

Падение уровня гемоглобина, уменьшение числа эритроцитов, снижение гематокрита, несомненно ориентируют в отношении тяжести кровопотери. Однако в первые часы от начала острого кровотечения, даже при его интенсивном характере, гемодилюция не успевает развиться и поэтому все эти показатели могут меняться несущественно. Кроме анемии в результате острой кровопотери и действия крови, излившейся в просвет пищеварительного тракта, нередко отмечается умеренный лейкоцитоз и гипербилирубинемия (за счет непрямой фракции), повышение уровня мочевины при нормальных значениях креатинина, что связано с синдромом всасывания крови в кишечнике. Исследование ОЦК и его компонентов, с использованием красителей и радиоизотопов, в настоящее время практически не используется. Тяжесть состояния больного и его индивидуальные реакции на перенесенную кровопотерю, достаточно точно характеризует ряд показателей центральной гемодинамики, транспорта кислорода, а также метаболические нарушения (мочевина крови, электролиты, КЩС, осмолярность плазмы и др.). Кровопотеря, в особенности тяжелой степени, может привести к гипокоагуляции с удлинением времени свертывания крови, снижением уровня протромбина и фибриногена вплоть до развития острого фибринолиза [14, 18, 19].

Дополнительные лабораторные исследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной или плановой госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов:

- ОАК;
- ОАМ;

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

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

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

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

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Плановое эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, форму, размеры, глубину, состояние дна и краев язвы, позволяет выявить признаки пенетрации, рубцовой деформации и стенозирования просвета органа. Плановое эндоскопическое исследование дает возможность обнаружить другие сопутствующие изменения слизистой оболочки и определить нарушения гастродуоденальной моторики. Для оценки стадии язвенного процесса (обострение, заживление, рубцевание) целесообразно использовать

общепринятую в мире классификацию Sakita-Miwa. При локализации язвы в желудке во всех случаях необходимо проводить множественную (не менее 6 фрагментов) щипцовую биопсию из наиболее изменённых краев язвенного дефекта с последующим морфологическим исследованием биопсийного материала, позволяющим исключить, либо подтвердить злокачественный характер язвенного поражения. Пациентам с язвой желудка нужно выполнить контрольное эндоскопическое исследование с повторным взятием множественной (не менее 6 фрагментов) прицельной биопсии по окончании курса консервативного лечения. Это, в первую очередь, касается пациентов, у которых сохраняются симптомы язвенной болезни, несмотря на соответствующий курс медикаментозной терапии, либо этиология язвы остается недостаточно ясной.

- ЭГДФС рекомендуется пациентам с подозрением на ПЯ при неоднозначной клинико-инструментальной картине (отсутствие симптомов перитонита, отсутствие рентгенологических признаков пневмоперитонеума) и для диагностики других осложнений язвенной болезни (кровотечение, стеноз пилородуоденальной зоны) [24].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** ЭГДФС позволяет установить наличие прободной язвы в 90% случаев [30]. В случаях прикрытой перфорации, при отсутствии свободного воздуха в брюшной полости по данным лучевых методов исследования, при ЭГДС можно обнаружить язвенный дефект с перфорацией, а при повторном рентгенологическом исследовании после ЭГДФС - возможно появление признаков свободного воздуха в брюшной полости. Кроме того, эндоскопия также позволяет выполнить биопсию и исключить стеноз пилородуоденальной зоны.

- Экстренное ЭГДФС рекомендуется выполнять всем пациентам с острым кровотечением из верхних 25 отделов пищеварительного тракта, под процедурной седацией с мониторингом основных параметров жизнедеятельности пациента во время проведения анестезии, параллельно с

проведением инфузионно-трансфузионной терапии [15, 27, 28].

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

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

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Европейское общество желудочно-кишечной эндоскопии (ESGE) считает возможным для этой цели также использование стимуляторов моторики желудочнокишечного тракта или Эритромицина (100-200 мг в/в 2 раза в день). Европейское общество желудочно-кишечной эндоскопии (ESGE) также указывает на необходимость интубации трахеи перед проведением ЭГДФС у пациентов с продолжающейся активной кровавой рвотой, энцефалопатией, возбуждением, с целью защиты дыхательных путей пациента от потенциальной аспирации желудочного содержимого [12, 216].

- При обнаружении вовремя ЭГДФС в просвете желудка большого количества крови, сгустков, пищевых масс, рекомендуется извлечь эндоскоп медицинский гибкий для обследования желудочно-кишечного тракта и эвакуировать содержимое через зонд желудочный [15].

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

- У пациентов с ЯГДК рекомендуется стратификация источника язвенного кровотечения по классификации J.F. Forrest (1974) [13,23].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности

доказательств - 3). **Комментарий.** Неотложное эндоскопическое исследование позволяет определить локализацию язвенного дефекта - источника кровотечения, его размеры, глубину, состояние дна и краев, выявить признаки пенетрации или прикрытой перфорации язвы, рубцовой деформации и стеноза, выявить дополнительные эрозивные и язвенные поражения желудка. Пациенту с ЯГДК при локализации язвы в желудке необходимо рассмотреть возможность множественной биопсии желудка с помощью эндоскопии с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала желудка, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения. В том случае, если биопсия при первичной эндоскопии опасна с точки зрения возобновления кровотечения, необходимо отложить её проведение и выполнить при контрольной ЭГДФС. Пациенту с ЯГДК при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке рутинное выполнение биопсии из краёв язвенного дефекта нецелесообразно. Доброкачественные язвы ДПК следует дифференцировать с изъязвленными формами нейроэндокринных и субэпителиальных опухолей, а также с прорастанием в ДПК опухоли соседних органов, чаще всего - поджелудочной железы. В этих случаях выполнение биопсии оправдано [12, 13, 14, 19, 21, 23].

- Неотложное эндоскопическое исследование /вмешательство (в течение 24 часов от начала кровотечения и в течение первых двух часов от госпитализации) рекомендуется выполнять всем пациентам с острым кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта [19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Решающее значение для установления источника и характера кровотечения, оценки необходимости и возможности остановки/профилактики кровотечения с помощью эндоскопа, а также для прогнозирования риска рецидива кровотечения принадлежит эндоскопическому методу. Именно поэтому всем пациентам с кровотечением из верхних отделов ЖКТ показана экстренная ЭГДС. Эндоскопию

целесообразно проводить операционным эндоскопом с торцевой оптикой и широким инструментальным каналом, с возможностью подачи направленной струи жидкости для смывания крови и сгустков, и аспирации содержимого по биопсийному каналу, параллельно введённому в него инструменту, на функциональном столе, который позволяет изменять положение больного. В необходимых случаях (когда невозможно полноценно осмотреть источник кровотечения и должным образом подвести соответствующий инструмент к кровоточащему участку) используются ширококанальные операционные дуоденоскопы. Неоценимую помощь для слаженной работы операционной бригады оказывают современные видеоэндоскопические системы, обеспечивающие выведение на экран монитора высококачественного изображения источника кровотечения.

- Пациентам с подозрением на ЯБ, которым невозможно выполнение эндоскопического исследования, с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение рентгенографии желудка и двенадцатиперстной кишки с взвесью бария. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2406629/>

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). **Комментарий.** 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 ДПК, 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 удастся провести эндоскопическое исследование, когда с целью дифференциального диагноза с инфильтративно-язвенной формой рака необходимо оценить перистальтику стенки желудка, когда нужно уточнить

характер эвакуации из желудка. [14,18,28]

- Всем пациентам с подозрением на перфорацию язвы рекомендуется выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости для обнаружения свободного газа

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2). **Комментарий.** Диагностическая точность обзорной рентгенографии варьирует от 30% до 85%. Исследование проводится в вертикальном положении. Газ в свободной брюшной полости определяется на рентгенограмме в виде серповидной прослойки между диафрагмой и печенью, диафрагмой и желудком. При тяжелом состоянии пациента исследование можно провести в положении на боку. Но и отрицательный рентгеновский снимок не исключает возможной перфорации. В связи с этим ряд авторов считают, что в случае явных признаков перитонита первым из рентгенологического исследования должна быть компьютерная томография брюшной полости. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28258286/>

Всем пациентам с подозрением на ПЯ при не информативности других диагностических методов и при наличии технической возможности в медицинской организации рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости [12,13,15,18,23].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2). **Комментарий.** КТ органов брюшной полости при П Я имеет высокую диагностическую точность - 98% [12,13,18,19]. КТ позволяет выявить: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, утолщение желудочной или дуоденальной стенок в зоне язвы, обнаружить язву и перфоративное отверстие.

- Пациентам с подозрением на ПЯ при отсутствии признаков свободного газа в брюшной полости по данным лучевых методов исследования рекомендуется пероральное или через назогастральный зонд введение водорастворимого контрастного препарата (Рентгеноконтрастные средства, содержащие йод) с проведением рентгенологического исследования

(обзорная рентгенография органов брюшной полости или КТ органов брюшной полости) с целью выявления затёков контрастного средства за пределы ЖКТ [13,15,18,20]. **Уровень убедительности рекомендации С** (уровень достоверности доказательств - 4).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20384526/>

Всем пациентам с подозрением на ПЯ при негативном рентгенологическом исследовании или невозможности проведения КТ рекомендуется проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости (комплексное) для выявления свободного газа и свободной жидкости в брюшной полости [21, 22, 23, 24].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** УЗИ органов брюшной полости (комплексное) имеет высокую совокупную диагностическую точность при ПЯ - 91%. При УЗИ можно выявлять утолщенный (пониженной эхогенности) участок стенки органа, содержащей перфорацию. Ультразвуковым симптомом перфорации язвы является перерыв наружного контура стенки органа в области язвенного дефекта, который заполнен высокоэхогенным содержимым и располагается именно в зоне утолщения. Язвенный дефект при УЗИ наиболее часто выглядит в виде конуса или неправильного конусовидного образования «рыбьего глаза» (по Т. Yoschizumi) [25]. При подозрении на прикрытую перфорацию совокупная ценность УЗИ составляет: диагностическая точность - 80,0%, специфичность - 85,7%, чувствительность - 66,7%. Однако роль УЗИ в диагностике ПЯ нуждается в уточнении [15]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

- Диагностическая лапароскопия рекомендуется пациентам с подозрением на ПЯ при отсутствии свободного газа в брюшной полости, но при сохраняющемся подозрении на перфорацию полого органа [10,15,27,29].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** При лапароскопии можно выявить характерный перитонеальный экссудат с примесью желудочного

содержимого или желчи, обнаружить перфоративное отверстие, уточнить его локализацию, размеры, выраженность язвенного инфильтрата, оценить наличие, распространённость и выраженность перитонита. Диагностическая лапароскопия может быть трансформирована в лечебную операцию.

- Всем пациентам с ПЯ в ходе операции рекомендуется выполнение бактериологического исследования перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, микробиологического (культурального) исследования перитонеальной жидкости на анаэробные неспорообразующие микроорганизмы, микробиологического (культурального) исследования перитонеальной жидкости на грибы (дрожжевые и мицелиальные) с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам [15,31].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 4). **Комментарий.** Инфицирование брюшной полости содержимым ЖКТ при прободной язве закономерно ведёт к развитию инфекционных осложнений, частота которых варьирует от 17% до 63%. Наиболее частыми бактериальными осложнениями являются раневая и респираторная инфекция. Грибковая инфекция у пациентов с ПЯ увеличивает риск тяжёлых инфекционных осложнений и сопряжена с увеличением продолжительности стационарного лечения.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14515289/>

Всем пациентам с ЯБ с целью определения показаний к эрадикационной терапии рекомендуется проведение тестирования на наличие инфекции *H.pylori* с помощью 13С-уреазного дыхательного теста на *H.pylori* или определения антигена *H.pylori* в кале, а при одновременном проведении ЭГДФС - с помощью быстрого уреазного теста [29,30].

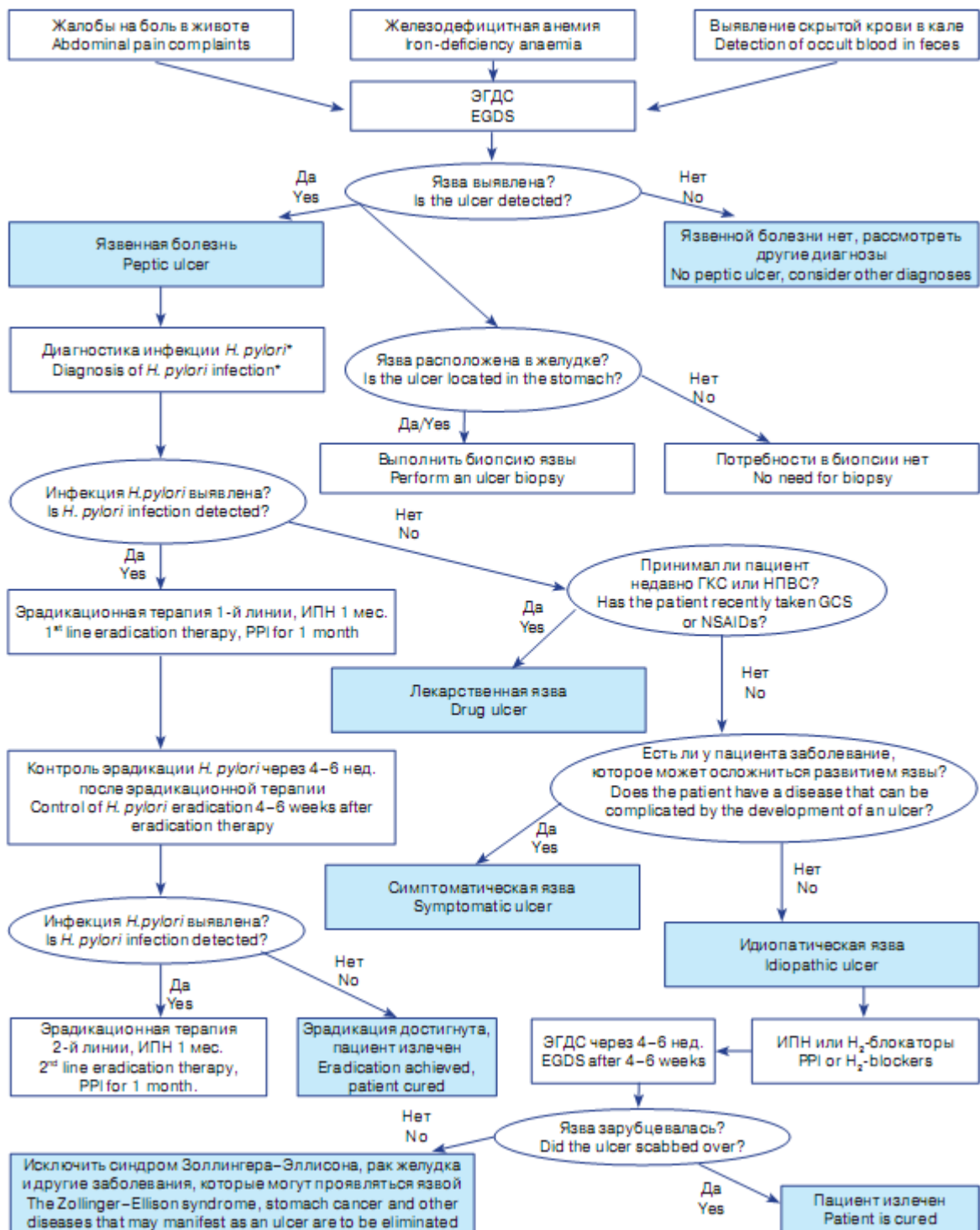
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). 30 **Комментарий.** В соответствии с рекомендациями согласительного совещания «Маастрихт VI» (2022) [29] наиболее

оптимальными тестами первичной диагностики инфекции *H.pylori* служат ¹³C-дыхательный уреазный тест и определение антигена *H.pylori* в кале. Так, согласно последнему Кохрейновскому обзору и мета-анализу, чувствительность ¹³С 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 90%.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29543326/>

3.5 Показания для консультации узких специалистов:

- Консультация узких специалистов будут проводится при наличии прочей сопутствующей патологии по показаниям.

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



3.7 Дифференциальный диагноз:

Язвенную болезнь желудка необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами желудка. К симптоматическим дуоденальным язвам относятся стрессовые и лекарственные язвы, язвы при эндокринных заболеваниях и при некоторых других заболеваниях внутренних

органов [7].

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

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

Среди лекарственных язв желудка наибольшее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-гастропатия), блокирующих фермент циклооксигеназу-1, отвечающий за синтез простагландинов в стенке желудка. Гастродуоденальные язвы возникают у 20-25% больных, длительно принимающих НПВП, эрозивные поражения - более чем у 50% пациентов, К факторам риска их развития относятся пожилой возраст больных, наличие в анамнезе ЯБ, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и печени, высокая доза НПВП, одновременный прием антикоагулянтов [6,11].

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

К язвам желудка, возникающим на фоне эндокринных заболеваний, относят дуоденальные язвы у больных с синдромом Золлингера-Эллисона и гиперпаратиреозом. Патогенез дуоденальных язв при синдроме Золлингера-Эллисона связан с резкой гиперсекрецией соляной кислоты в результате

наличия у больных гастринпродуцирующей опухоли (чаще всего в поджелудочной железе). Эти язвы обычно бывают множественными, локализуются не только в желудке и двенадцатиперстной кишке, но и в тощей кишке, а иногда и пищеводе, протекают с выраженным болевым синдромом, упорной диареей. При обследовании таких больных отмечается резко повышенный уровень желудочного кислото-выделения (особенно в базальных условиях), определяется увеличенное содержание сывороточного гастрина (в 3-4 раза по сравнению с нормой). В распознавании синдрома Золлингера-Эллисона помогают провокационные тесты с (секретином, глюкагоном), ультразвуковое исследование и КТ поджелудочной железы [5].

Дуоденальные язвы у больных гиперпаратиреозом отличаются от язвенной болезни (помимо тяжелого течения с частыми рецидивами, склонностью к кровотечениям и перфорации) наличием признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечной слабости, болей в костях, жажды, полиурии). Диагноз ставится на основании определения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, выявления признаков гиперпаратиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств.

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

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

При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях

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

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

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

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

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

В таблице № 4 представлена дифференциальная диагностика при ЯБ

| Дифференциальная диагностика при ЯБ | | | |
|---|---|--|--|
| Диагноз | План обследования | Клинические критерии | Лабораторно-инструментальные признаки |
| Хронический поверхностный (антральный) <i>H. pylori</i> ассоциированный гастрит | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностики <i>H. pylori</i> , Кал на скрытую кровь | Симптомы желудочной диспепсии | Эндоскопические и морфологические признаки воспаления слизистой оболочки желудка; <i>H. pylori</i> выявляется в 85-90%; |
| Функциональная (неязвенная) диспепсия | | Язвенноподобный вариант или дипепсический синдром | Отсутствие эндоскопических и морфологических признаков воспаления слизистой желудка |
| Язвенная болезнь ДПК | | Поздние, «голодные», ночные боли в пилорoduоденальной зоне | Возможно лабораторные признаки ЖДА; ЭГДФС – Язвенный дефект, положительная реакция на скрытую кровь в кале, |
| Язвенная болезнь желудка | ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностики <i>H. pylori</i> , кал на скрытую кровь Рентгенограмма – при пилоростенозе | Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; боли в эпигастрии «ранние» - через 1-1.5ч после еды, плохой аппетит, потеря веса | Возможно лабораторные признаки ЖДА; ЭГДФС - Язвенный дефект окруженный воспалительным валом, + реакция на скрытую кровь в кале, Интрагастральная рН-метрия – гипо- или нормохлоргидрия |

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

4. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих ulcerogennym действием, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение. Пациенты с неосложненным течением ЯБ подлежат консервативному лечению. В большинстве случаев оно проводится амбулаторно. Однако при выраженном болевом синдроме, высоком риске развития осложнений (например, большие и гигантские размеры язв), необходимости дообследования с целью верификации диагноза (например, при неясном характере язвенного поражения желудка), тяжелых сопутствующих заболеваниях целесообразна госпитализация пациентов [10].

4.1 Немедикаментозное лечение

Всем пациентам с ЯБ с целью ускорения заживления язв рекомендуется диетотерапия.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Основные принципы диетического питания пациентов с язвенной болезнью, выработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и в настоящее время. Остаются в силе рекомендации частого (5-6 раз в сутки), дробного питания, соответствующие правилу: “шесть маленьких приемов пищи лучше, чем три больших”, механического, термического и химического щажения. Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и наперченную пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соленья и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые. Следует отдавать предпочтение продуктам, обладающим выраженными буферными свойствами (т.е., способностью связывать и нейтрализовывать соляную кислоту). К ним относятся мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты. Разрешаются также макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы. Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) можно готовить тушеными или в виде пюре и паровых суфле. В пищевой рацион можно включать каши, кисели из сладких сортов ягод, муссы, желе, сырые тертые и печеные яблоки, какао с молоком, некрепкий чай. Нужно помнить и о таких простых, но в то же время важных рекомендациях, как необходимость принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша, сидя, тщательно прожевывать пищу. Это способствует лучшему пропитыванию пищи слюной, буферные возможности которой являются достаточно выраженными.

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

Диет стол при ЯБ:

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

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

4.2 Медикаментозное лечение

При хронической или острой язвенной болезни и при отсутствии показаний к оперативному вмешательству показано консервативное лечение.

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** В качестве базисной противоязвенной терапии в настоящее время могут рассматриваться только антациды, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (H₂-блокаторы) и ИПН. В 1990 г. W. Burget и соавт. [35] опубликовали данные мета-анализа 300 работ, на основании которого пришли к заключению, что язвы желудка и ДПК рубцуются почти во всех случаях, если в течение суток удается поддерживать рН внутрижелудочного содержимого >3 около 18 часов («правило Бурже» Burget). Согласно одному из последних мета-анализов, H₂-блокаторы и ИПН достоверно эффективнее плацебо в отношении достижения рубцевания язвенного дефекта (ОШ = 3,49, 95% ДИ: 3,28-3,72; p <0,0001) и снижения риска повторного кровотечения при осложнённом

течении заболевания (ОШ =0,68, 95% ДИ: 0,60-0,78; $p < 0,0001$) [36]. Лишь препараты группы ИПН могут выполнить после их приема условия необходимой продолжительности повышения рН в желудке, требующейся для заживления гастродуоденальных язв. В настоящее время ИПН 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 мета-аналитические) свидетельствовали о значительно более высокой эффективности ИПН по сравнению с H₂-блокаторами в устранении клинических симптомов и достижении рубцевания язв [37, 38]. Недавний мета-анализ продемонстрировал, что ИПН 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; $p < 0,0001$) [36].

- В настоящее время существует протокол фармакотерапии ЯБ, который предусматривает назначение выбранного препарата в определенной суточной дозе: 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. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами 2-4 недели. Базисная антисекреторная терапия с применением ИПН служит основным методом лечения идиопатических гастродуоденальных язв. При применении ИПН, метаболизирующихся системой цитохрома P450, могут остро вставать вопросы конкурентного лекарственного взаимодействия с препаратами, метаболизм которых также осуществляется с помощью указанной системы. Среди всех ИПН самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют пантопразол и рабепразол, основной метаболизм которых осуществляется без участия данной ферментной системы.

- При неэффективности ИПН или наличии противопоказаний к их

применению пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется назначение в течение 4-6 недель блокаторов Н-гистаминовых рецепторов [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Блокаторы Н₂-гистаминовых рецепторов (ранитидин**, фамотидин**) подавляют секрецию соляной кислоты за счет вытеснения гистамина из связи с Н₂ - рецепторами париетальных клеток. Эти препараты поддерживают показатели внутрижелудочного рН >3 на протяжении суток в течение 8-10 часов. Многочисленные проведенные исследования показали, что применение Н₂ -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 мета-анализ продемонстрировал, что Н₂-блокаторы значительно эффективнее плацебо в достижении рубцевания язвенного дефекта (ОШ = 3,80, 95% ДИ: 3,44-4,20; p <0,0001) [36]. Тем не менее, после того как в клинической практике в качестве базисной антисекреторной терапии стали широко применяться ИПН, Н₂ -блокаторы утратили свои позиции и в настоящее время применяются редко, главным образом, при невозможности применения ИПН или же в комбинации с ними с целью усиления антисекреторного действия.

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

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). **35 Комментарий.** Ребамипид оказывает как гастро-, так и энтеропротективный эффект. В основе механизмов действия препарата лежит индукция синтеза простагландинов Е₂ 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** [39,40].

- Всем пациентам с обострением ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H.pylori* с целью заживления язвы рекомендуется проведение эрадикационной терапии [41].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** По данным мета-анализа, эффективность эрадикационной терапии *H. pylori* в достижении заживления язвы превосходила таковую при применении антисекреторных препаратов (34 исследования; относительный риск (ОР) персистенции язвы 0,66 (доверительный интервал 95% (ДИ) 0,58 - 0,76)) [41].

- Всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H.pylori* с целью профилактики последующих рецидивов ЯБ рекомендуется проведение эрадикационной терапии [42, 43].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** В мета-анализе, 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) [42]. По данным Кохрейновского мета-анализа, эрадикационная терапия *H.pylori* у пациентов с ЯБ по сравнению с отсутствием такого лечения существенно снижала частоту рецидивов дуоденальной язвы (27 исследований; ОР = 0,20, 95% ДИ: 0,15 - 0,26) и рецидивов язвы желудка (12 исследований; ОР = 0,31, 95% ДИ: 0,22 - 0,45) [41]. Всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H.pylori* в

качестве эрадикационной терапии первой линии, обеспечивающий высокий процент эрадикации инфекции, рекомендуется назначить по выбору: - стандартную тройную терапию, включающую ИПН (в стандартной" дозе 2 раза в сутки), кларитромицин** (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин** (1000 мг 2 раза в сутки), 36 усиленную висмута трикалия дицитратом** (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) на 14 дней [44, 45] или - классическую четырехкомпонентную терапию с висмута трикалия дицитратом** (120 мг 4 раза в сутки) в сочетании с ИПН (в стандартной" дозе 2 раза в сутки), #тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки) и метронидазолом** (500 мг 3 раза в сутки) на 10 или 14 дней [46, 47, 48, 49] или - квадротерапию без препаратов висмута, которая включает стандартную тройную терапию (ИПН в стандартной" дозе 2 раза в сутки), амоксициллин** (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки), кларитромицин** (500 мг 2 раза в сутки), усиленную метронидазолом** (500 мг 3 раза в сутки) на 14 дней [48].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** Эмпирический выбор схемы эрадикационной терапии первой линии без определения чувствительности *H. pylori* к антибактериальным препаратам системного действия опирается на терапию с максимальной доказанной эффективностью. Добавление висмута трикалия дицитрата** к стандартной тройной терапии убедительно увеличивает частоту эрадикации инфекции *H. pylori* выше 90% по данным «Европейского регистра лечения *H. pylori*» [45].

- Пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* в качестве эрадикационной терапии первой линии рекомендуется назначение на 14 дней стандартной тройной терапии в регионах, где подтверждена ее эффективность [46, 48, 50].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

- Пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* при проведении эрадикационной терапии первой линии

для повышения ее эффективности рекомендуется назначение удвоенной дозы ингибитора протонного насоса [51, 52].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** Мета-анализ продемонстрировал увеличение процента эрадикации *H. pylori* при назначении высокой дозы ИПН [51]. Вместе с тем, попытка показать с помощью метаанализа увеличение эффективности лечения при повышении дозы препарата для более современных ИПН (рабепразола и эзомепразол**) не получила подтверждения, возможно, вследствие включения исследований с низкой суточной дозой рабепразола (20 мг в сутки), принятой в некоторых азиатских странах, или эффективности этих ИПН при эрадикации *H.pylori* (85,3% успешной терапии с «высокими» дозами и 84,2% с «обычными» дозами ИПН, ОШ = 1,09 (95% ДИ: 0,86-1,37), $p = 0,47$) [52].

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

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

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

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | | | h.gov/16625592/ |
| А | Антибиотики группы макролид | Кларитромицин (clarithromycin) | Внутрь per os. Таблетки по 500мг. | Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/ |
| А | Антибиотик группы полусинтетических пенициллинов | Амоксициллин (amoxicillin) | Внутрь per os. Таблетки по 500мг. | Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/ |
| В | Гастропротекторное средство | Ребамипид Rebamipide-SZ | Внутрь per os. Таб., покр. пленочной оболочкой, 100 мг. | Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/ |
| С | Блокатор гистаминовых H2-рецепторов | Ранитидин (Ranitidine) Фамотидин (Famotidine) | Таб., покр. пленочной оболочкой, 150 мг, 300мг | Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| С | Антацидное средство + ветрогонное средство | Симальгель (Simalgel-VM) Альмагель Маалокс | Сусп. д/приема внутри 81 мг + 20мг + 25 мг/мл: 125 или 300 мл фл | Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/ |
|---|--|--|---|---|

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

| УУР | Фармако-терапевтическая группа | МНН лекарственного средства | Способ применения | Уровень доказанности |
|-----|--|-----------------------------|---|--|
| С | Противорвотный препарат центрального действия, блокирующий допаминовые рецепторы | Домперидон | Таблетки для приема внутри, 10 мг | Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/ |
| С | Противорвотный препарат центрального действия | Метоклопрамид | Таблетки для приема внутри или ампулы для инъекции, 5мг | Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/ |

4.3 Оперативное лечение или вмешательство в амбулаторных условиях не проводится.

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

- Определить жалобы и анамнез заболевания

- Провести объективный осмотр, определить пульс и артериальное давление

- По показаниям в амбулаторных условиях взять общий анализ крови (красную часть) и кал на скрытое кровотечение.

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

5. Показания для госпитализации в стационар

5.1 Показания для экстренной госпитализации:

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

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

3. Направление в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии или хирургическое отделение клиник высших учебных заведений – язвенная болезнь желудка, осложненная перфорацией, кровотечением, пенетрацией, стенозированием и малигнизацией.

ЯБЖ протекающая с осложнениями подлежат экстренной госпитализации:

- кровотечение
- перфорация
- выраженный болевой синдром.

5.2 Показания для плановой госпитализации [12]

Показания к плановому стационарному лечению (без операции):

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

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 дифференциального диагноза между доброкачественными язвами и раком желудка, обострение язвенной болезни с наличием осложнений в анамнезе, язвенная болезнь с сопутствующими заболеваниями [29]. Продолжительность стационарного лечения пациентов с обострением язвенной болезнью должна составлять 21 день. Показанием к экстренной госпитализации является наличие признаков желудочного кровотечения, 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. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Все больные с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в стационары, полностью подготовленные к приёму и лечению больных данного профиля организационно, кадрово и материально-технически. В крупных городах целесообразно направлять больных с ЖКК в многопрофильные стационары или в специализированные центры по лечению ЖКК. Каждая клиника, оказывающая помощь пациентам с острым ЯГДК должна располагать протоколом мульти-дисциплинарного ведения таких пациентов. Протокол диагностики и лечения пациентов должен базироваться на национальных клинических рекомендациях и учитывать особенности структуры оказания неотложной помощи и оснащения конкретного лечебно-профилактического учреждения. В клинике, оказывающей помощь пациентам с острым ЯГДК, в любое время суток должна быть доступна современная эндоскопическая видеоаппаратура, инструментарий и персонал, владеющий основными методами диагностической и лечебной эндоскопии; высококвалифицированная хирургическая, реанимационно-анестезиологическая и, по возможности, рентген-интервенционная служба. Все пациенты с острыми ЖКК должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ. Пациенты с ЯГДК средней и тяжёлой степени, высоким риском рецидива кровотечения, наличием сопутствующей патологии должны находиться на стационарном лечении до снятия угрозы рецидива ЯГДК, полной коррекции острых постгеморрагических расстройств и компенсации сопутствующих заболеваний, но не менее 4-х суток. У комплаентных пациентов с ЯГДК лёгкой степени, низким риском рецидива кровотечения, отсутствием сопутствующей патологии возможна выписка из стационара в ранние сроки (1е - 2и сутки) от поступления. <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1425>

6. Тактика ведения пациентов с ЯБЖ на стационарном уровне.

6.1 Ведение больных с ЯГДК на догоспитальном этапе и на этапе поступления в стационар

- Всем пациентам с признаками кровотечения из верхних отделов ЖКТ рекомендуется незамедлительно начать интенсивную терапию на догоспитальном этапе и/или при поступлении в стационар [6, 20, 22, 27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- Всем пациентам с клиникой язвенного гастродуоденального кровотечения рекомендуется парентеральное введение ингибиторов протонного насоса при поступлении в стационар [13, 19, 23, 81, 102].

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

- Рекомендуется стратификация пациентов с подозрением на кровотечение на этапе поступления в стационар по степени тяжести и вероятности летального исхода для решения вопроса о госпитализации / переводе пациентов с тяжёлым кровотечением в ОРИТ [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4). **Комментарий.** С целью стратификации больных с ЯГДК по степени тяжести кровопотери и вероятности летального исхода могут быть использованы шкалы Glasgow-Blatchford [16,20].

Ведение больных с массивной кровопотерей. Основными задачами интенсивной терапии является обеспечение адекватной доставки кислорода клетке и его потребление, коррекция гемостаза.

- У пациентов с ЯГДК при наличии нестабильной гемодинамики восполнение ОЦК рекомендуется начинать с введения сбалансированных солевых растворов [28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5). **Комментарий.** Кровезаменители и препараты плазмы крови также могут быть рассмотрены, но с учётом их негативного влияния на гемостаз и функцию почек.

- Пациентам с ЯГДК при верификации массивной кровопотери рекомендуется незамедлительно активировать протокол ее лечения [28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

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

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

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

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

- У пациентов с ЯГДК при массивной кровопотере рекомендуется поддерживать уровень тромбоцитов более $50 \times 10^9/\text{л}$ [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарий. Критериями восстановления адекватной перфузии служат: состояние кожных покровов (мозаичность, время заполнения капилляров, температура); уровень сознания; величина диуреза; нормализация КЩС, лактата; достижение целевого уровня гемодинамики [13,16]. Критериями адекватности трансфузионной терапии служат: отсутствие патологической кровоточивости (при условии выполненного «хирургического» гемостаза); нормализация гемостаза по глобальным коагулологическим тестам и/или тестированием гемостаза вязкоэластическими методиками [16,27,28].

6.2 Немедикаментозное лечение

Всем пациентам с ЯБ с целью ускорения заживления язв рекомендуется диетотерапия.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Основные принципы диетического питания пациентов с язвенной болезнью, выработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и в настоящее время.

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

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

6.3 Медикаментозное лечение

При хронической или острой язвенной болезни и при отсутствии показаний к оперативному вмешательству показано консервативное лечение.

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

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

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

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

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

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

- Всем пациентам с обострением ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H.pilory* с целью заживления язвы рекомендуется проведение эрадикационной терапии [41].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

- Всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H.pilory* с целью профилактики последующих рецидивов ЯБ рекомендуется проведение эрадикационной терапии [42, 43].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

- Пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H.pylori* в качестве эрадикационной терапии первой линии рекомендуется назначение на 14 дней стандартной тройной терапии в регионах, где подтверждена ее эффективность [46, 48, 50].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

- Пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* при проведении эрадикационной терапии первой линии

для повышения ее эффективности рекомендуется назначение удвоенной дозы ингибитора протонного насоса [51, 52].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** Мета-анализ продемонстрировал увеличение процента эрадикации *H. pylori* при назначении высокой дозы ИПН [51]. Основные препараты представлены в таб. №7 и №8.

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

| УУР | Фармако-терапевтическая группа | МНН лекарственного средства | Способ применения | Уровень доказанности |
|-----|---|---|---|---|
| В | Средство снижающее секрецию желудка – ингибитор протонного насоса | Омепразол Пантапрозол Рабепразол Эзомепразол | Внутрь per os / в/в Капсулы по 20мг, 30мг, 40мг. Порошок для внутривенного применения 40мг. | Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/ |
| А | Антибиотики группы макролид | Кларитромицин (clarithromycin) | Внутрь per os. Таблетки по 500мг. | Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/ |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| А | Антибиотик группы полусинтетических пенициллинов | Амоксициллин (amoxicillin) | Внутрь per os. Таблетки по 500мг. | Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/ |
| В | Гастропротекторное средство | Ребамипид Rebamipide-SZ | Внутрь per os. Таб., покр. пленочной оболочкой, 100 мг. | Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/ |
| С | Блокатор гистаминовых H2-рецепторов | Ранитидин (Ranitidine) Фамотидин (Famotidine) | Таб., покр. пленочной оболочкой, 150 мг, 300мг | Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ |
| С | Антацидное средство + ветрогонное средство | Симальгель (Simalgel-VM) Альмагель Маалокс | Сусп. д/приема внутрь 81 мг + 20мг + 25 мг/мл: 125 или 300 мл фл | Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/ |

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

| УУР | Фармако-терапевтическая группа | МНН лекарственного средства | Способ применения | Уровень доказанности |
|-----|--|-----------------------------|---|--|
| С | Противорвотный препарат центрального действия, блокирующий допаминовые рецепторы | Домперидон | Таблетки для приема внутрь, 10 мг | Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/ |
| С | Противорвотный препарат центрального действия | Метоклопрамид | Таблетки для приема внутрь или ампулы для инъекции, 5мг | Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/ |

6.4 Оперативное лечение

Эндоскопическое лечение.

- У пациентов с ЯГДК при продолжающемся кровотечении из язвы (F1a, F1b) рекомендуется выполнить гемостаз через эндоскоп медицинский гибкий [13, 19, 23, 31].

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

- У пациентов с ЯГДК при кровотечении F2A и F2B рекомендуется выполнить эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения [13, 19, 23, 31, 201].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** При обнаружении в ложе язвы кровяного сгустка его следует удалить с помощью прицельного отмывания. В том

случае, если у пациента имеется несмываемый, фиксированный к язве тромб-сгусток (FIIb) возможно удалить его путём срезания у основания полипэктомической петлёй [13, 19, 23, 31].

- У пациентов с ЯГДК при остановившемся кровотечении FIIС и FII, эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения не рекомендуется [13, 19, 23, 31]. **Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** В таких случаях важным является обеспечение адекватной медикаментозной профилактики рецидива кровотечения.

- У пациентов с ЯГДК рекомендуется эндоскопическая остановка (F1A-B,) или профилактика рецидива (F2A-B) кровотечения [13, 14, 19, 23, 31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Эндоскопическую остановку (профилактику рецидива) кровотечения необходимо выполнить в течение 2 часов от момента госпитализации пациента. У пациентов с ЯГДК для эндоскопической остановки кровотечения из язвы и профилактики его рецидива целесообразно применять инъекционный метод гемостаза в сочетании с термическими (диатермокоагуляция или коагуляция кровоточащего сосуда аргоноплазменная) методами гемостаза или клипированием [13, 14, 19, 23, 31]. Инъекционный гемостаз в качестве монотерапии не обеспечивает должной эффективности и должен применяться только в комбинации с другими методами эндоскопического гемостаза. Как дополнение к комбинированному эндоскопическому гемостазу могут быть использованы и другие местные методы эндоскопического гемостаза [13, 14, 19, 23, 31].

- У пациентов с ЯГДК повторное контрольное эндоскопическое исследование/вмешательство рекомендуется выполнить при неполноценном первичном осмотре/гемостазе и при высоким риске рецидива кровотечения [35]. https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls_10th_edition_student_manual.pdf

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** Рутинное выполнение контрольного эндоскопического исследования у всех пациентов с ЯГДК нецелесообразно. При неполноценном первичном осмотре/гемостазе повторное эндоскопическое исследование следует выполнить в ближайшие часы после первой ЭГДС. При высоком риске рецидива кровотечения повторное ЭГДС целесообразно выполнять в течение 12 часов после первой эндоскопии [33, 35]. https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls_10th_edition_student_manual.pdf

- У пациентов с ЯГДК при первом эпизоде рецидива кровотечения в стационаре рекомендуется выполнение повторного эндоскопического гемостаза [12, 14, 19].

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

- Пациентам с язвой желудка после успешной неоперативной остановки кровотечения рекомендуется выполнить контрольное эндоскопическое исследование с взятием биопсии желудка с помощью эндоскопии по окончании курса консервативного лечения [35].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Эта рекомендация в первую очередь касается пациентов, у которых сохраняется язвенная симптоматика, несмотря на соответствующий курс медикаментозной терапии, либо этиология язвы остаётся непонятной. Продолжение лечения анемии у пациентов, перенесших язвенное кровотечение, осуществляется на амбулаторном этапе до полной нормализации уровня гемоглобина. Целесообразно назначение препаратов железа в лекарственной форме для перорального применения для возмещения дефицита железа в организме [39].

Диета и медикаментозная терапия пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

- Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения после его эндоскопической остановки/профилактики рекомендуется введение ИПН тотчас после выполнения эндоскопического гемостаза [13, 19, 23, 41].
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Необходимо внутривенное введение ИПН, например, омепразола** или эзомепразола**, в дозировке 80 мг болюсно и затем непрерывно по 8 мг в час в течение 72 часов, что снижает количество рецидивов кровотечений и летальность [19]. Целесообразен перевод на пероральные формы через 72 часа от начала терапии [13, 19, 23]. При этом помимо эзомепразола** для остановки язвенных кровотечений может применяться лансопризол, который показал высокую эффективность и хорошую переносимость при его внутривенном введении при лечении кровотечений, обусловленных гастродуоденальными язвами [82].

- Пациентам с ЯГДК с низким риском рецидива кровотечения рекомендуется парентеральное введение ИПН после выполнения эндоскопии в течение 72 часов с последующим переходом на пероральные формы вплоть до выписки из стационара и далее до полного заживления язвенного дефекта - источника перенесенного кровотечения [13, 19, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Пациентам с низким риском рецидива кровотечения переход на энтеральное питание возможен в ближайшие часы после завершения эндоскопического вмешательства [13, 19, 23]. Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения разрешается пить и принимать жидкую пищу в течение первых 24 часов после остановки кровотечения [37].
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

- Пациентам с рецидивирующим ЯГДК и с высоким риском рецидива кровотечения рекомендуется использовать в лечении соматостатин и его аналоги [13, 21, 39, 43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Целесообразно также использование соматостатина и его аналогов и при пенетрации кровоточащей язвы в поджелудочную железу, а также у пациентов с сочетанием кровоточащей язвы и портальной гипертензии [33].

- Пациентам с ЯГДК не рекомендуется в лечении применение блокаторов H₂- гистаминовых рецепторов [13, 19, 23, 33, 42].

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

- Всем пациентам с ЯГДК при подтверждении наличия - инфекции *H. pylori* рекомендуется проводить эрадикационную терапию с подтверждением проведенной эрадикации [1, 2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Эрадикационная терапия начинается после перевода пациентов на пероральный прием ИПН [45]. Успешная эрадикация значительно снижает риск возникновения рецидивов ЯГДК [42,45].
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

Виды проводимых оперативных вмешательств при ЯБЖ

«Открытая» хирургия:

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

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

«Лапароскопическая» хирургия:

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

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

«Эндоскопическая» хирургия:

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

7. Цели лечения:

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

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

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА»**

Ташкент – 2025

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

1.1 Хирургическое лечение.

Пациентов с осложненными формами ЯБЖ (кровотечение, перфорация и др.) рекомендуется госпитализировать с целью решения вопроса об оперативном лечении в стационар хирургического профиля.

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

Важно отметить, что при язвенном кровотечении риск смерти коморбидного пациента прямо коррелирует с количеством сопутствующих заболеваний [14]. Это, в свою очередь, требует от врача очень большой внимательности при работе с коморбидными пациентами и анализа всех факторов риска развития осложнений язвенной болезни до момента их реализации [5]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26430191/>

Пациентам с язвенным кровотечением проведение эзофагогастродуоденоскопии с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые 2 часа после госпитализации [3,9].

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

Пациентам с язвенным кровотечением повторную эзофагогастро-дуоденоскопию с целью динамического контроля источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить только при рецидиве кровотечения и в случае высокого риска его развития [6,7].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1).

Основными задачами оперативного вмешательства при ЯГДК являются: обеспечение надежного гемостаза, по возможности устранение источника геморрагии и профилактика рецидива язвообразования [38, 45, 49].

- Пациентам с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза, а также при сочетании кровотечения и перфорации язвы, рекомендуется экстренная операция [39, 45, 49].

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

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

Лечение пациентов с рецидивирующими язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Рецидив кровотечения диагностируется по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным. • При первом эпизоде рецидива язвенного кровотечения рекомендуется повторный эндоскопический гемостаз [11, 13, 15, 19, 21, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** В таких случаях с целью дополнительной

профилактики повторных рецидивов кровотечения целесообразно также выполнить эндоваскулярную эмболизацию артерий желудка и двенадцатиперстной кишки. У пациентов с высоким риском рецидива язвенного кровотечения при невозможности выполнения эндоскопического, медикаментозного и эндоваскулярного гемостаза в полном объеме может быть выполнено срочное оперативное вмешательство с целью профилактики повторных геморрагий [11, 13, 15, 19, 23].

- Всем пациентам, нуждающимся в постоянном приеме НПВП, рекомендуется стратификация в зависимости от риска возникновения геморрагических осложнений [36, 37].

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

- При высоком риске развития кровотечений рекомендуется перевод пациентов на коксибы в сочетании с постоянным приемом ИПН [36, 37, 29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). При развитии кровотечения прием НПВП должен быть прекращен (замена препаратами других групп).

- Рекомендуется сочетание эндоскопического и медикаментозного (ИПН) гемостаза [96, 97].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Лечение больных, находящихся на постоянном приеме антитромботических средств

- При возникновении язвенного кровотечения у пациентов, постоянно принимающих антитромботические средства прием этих препаратов рекомендуется прекратить, однако при этом необходимо учитывать соотношение риска развития кардиоваскулярных осложнений с риском рецидива кровотечения в каждом конкретном случае [35, 43, 48]. (УУР - А, УДД - 1)

- Прием антитромботических средств пациентами с ЯГДК рекомендуется возобновить, как только будет достигнут устойчивый

гемостаз [35, 43, 48]. **Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств - 1).

- Пациентам с перфорацией язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки рекомендуется проведение экстренной операции с целью ликвидации перфорационного отверстия [38, 40, 42].

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

- В лечении пациентов с ПЯ рекомендуется максимально раннее ушивание прободного отверстия или удаление язвы с прободным отверстием, предотвращение рецидива язвы и профилактику возможных осложнений операции. Вопрос о выборе хирургического метода лечения зависит от индивидуальных особенностей течения заболевания у конкретного пациента [14, 15, 18, 24, 25, 36, 38, 43].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 3). **Комментарии.** 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 также в группе пациентов с поздней госпитализацией (больше 24 часов с момента развития данного осложнения). Лапаротомный доступ не имеет преимуществ перед лапароскопическим. Предпочтительным является выполнение лапароскопического вмешательства - ушивание перфоративного отверстия с санацией и дренированием брюшной полости. Однако клиническая картина течения столь грозного осложнения может быть очень разнообразной, и эксперты признают, что объем операции зависит прежде всего от состояния пациента. В отечественных клинических рекомендациях по лечению перфоративной язвы более подробно рассмотрены варианты хирургического лечения [53].

- Консервативное лечение пациентов с ПЯ не рекомендуется в связи с высоким риском осложнений и смертности [34, 35, 32, 43, 44].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 4). **Комментарий.** Консервативное лечение ПЯ, известное в медицинской литературе как метод Тейлора (1946) не получило широкого признания среди отечественных хирургов. Между тем, метод Тейлора за рубежом включен в лечебные протоколы и применяется в исключительных случаях прикрытой перфорации, подтвержденной по данным КТ с пероральным контрастированием. В России консервативный метод лечения ПЯ применяется только при категорическом отказе пациента и родственников от операции или невозможности выполнить операцию из-за крайней тяжести состояния пациента, при наличии абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению. Метод Тейлора - активная назогастральная аспирация желудочного содержимого, антибактериальная, антисекреторная, дезинтоксикационная терапия и анальгезия. Установлено, что каждый час задержки от поступления до операции снижает вероятность выживания на 2,4% по сравнению с предыдущим часом [54].

2.1 Предоперационная подготовка

- Пациентам с ПЯ рекомендуется провести предоперационную подготовку, включающую эмпирическое назначение антибактериальных препаратов системного действия, коррекцию органной дисфункции, вызванную сопутствующими заболеваниями, установку назогастрального зонда для эвакуации содержимого желудка, гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства. Первая инъекция антибактериальных препаратов системного действия должна быть выполнена до начала операции [48, 50, 52, 55, 66, 67, 70].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 3).

- Рекомендуется оценка состояния пациентов с ПЯ с целью своевременного выявления сепсиса для предотвращения прогрессирования

органной дисфункции и снижения смертности.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). • Для оценки тяжести состояния пациентов с ПЯ рекомендуется использовать шкалы (qSOFA, SOFA) [115,183]. Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). • Пациентам с ПЯ с клинико-лабораторными признаками сепсиса, в состоянии декомпенсации сопутствующих заболеваний рекомендуется проведение предоперационной подготовки в условиях отделения реанимации с целью снижения смертности. Целевыми физиологическими показателями являются: САД > 65 мм рт.ст., темп диуреза > 0,5 мл/кг/час, нормализация уровня лактата [45, 46,47, 48, 50, 53].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Пациенты с признаками сепсиса, в состоянии декомпенсации, с нестабильными показателями жизнедеятельности нуждаются в скорейшем проведении лечебных мероприятий в отделении реанимации и интенсивной терапии, параллельно с подготовкой к операции. Лечение указанной группы пациентов соответствует общим принципам ведения пациентов с сепсисом, декомпенсацией витальных функций [55, 56, 57, 58, 59].

• Пациентам с ПЯ рекомендуется скорейшее начало стартовой эмпирической антибиотикотерапии широкого спектра действия (против Грам+, Грам- и анаэробных бактерий) с последующей деэскалацией после получения результатов микробиологического исследования перитонеальной жидкости с определением чувствительности микроорганизмов 52 к антимикробным химиотерапевтическим препаратам с целью снижения риска развития послеоперационных гнойно-септических осложнений [55].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** При отсутствии септических осложнений

антибиотикотерапия должна быть начата в рамках предоперационной подготовки (за 30-60 минут до разреза кожи), при развитии септических осложнений - в максимально короткие сроки.

- После операции пациентам с ПЯ рекомендуется короткий курс антибиотикотерапии (в течение 3-5 суток или до нормализации маркеров воспаления) с целью предотвращения развития антибиотикорезистентности бактериальных штаммов [52].

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

- Пациентам с ПЯ не рекомендуется рутинное назначение эмпирической противогрибковой терапии [55]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Была опровергнута эффективность рутинного назначения эмпирической противогрибковой терапии. Эмпирическое назначение противогрибковых препаратов системного действия проводится пациентам с высоким риском грибковой инфекции (в состоянии иммунодефицита, старческого возраста, с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, длительно находящимся в отделении реанимации) [41].

- При хирургическом лечении пациентов с ПЯ врачу-хирургу рекомендуется выбрать один из трех видов хирургических вмешательств: ушивание прободного отверстия, иссечение прободной язвы или резекцию желудка. При этом необходимо стремиться к вмешательству минимального объёма [50, 55, 57].

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

- У пациентов с ПЯ размером менее 2 см рекомендуется ушивание язвенного дефекта узловыми или П-образными швами. Аппликация пряди большого сальника при этом не является обязательной процедурой [55, 47, 48, 50]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** При ушивании ПЯ необходимость аппликации сальника к язвенному дефекту остаётся на усмотрение хирурга. Опубликованные ретроспективные исследования не могут доказать преимущество аппликации сальника при ушивании язвы. Указанный приём не имел преимуществ в частоте осложнений, продолжительности операции и времени стационарного лечения [55, 47, 48, 50].

- В лечении пациентов с ПЯ диаметром более 2 см рекомендуется индивидуальный подход, основанный на локализации язвы [55, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56]. **Уровень убедительности рекомендации С** (уровень достоверности доказательств - 5).

- В случае больших язв желудка, с подозрением на малигнизацию рекомендуется резекция со срочным патологоанатомическим исследованием операционного материала (при возможности) [55, 49, 67, 68, 70].

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

- В случае больших язв двенадцатиперстной кишки рекомендуется выполнить резекцию или ушивание с/без пилоропластики и наружным дренированием желчных протоков [55, 49, 50, 51, 52, 53].

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

- Гастростомия и дуоденостомия рекомендуются только в исключительных случаях, когда врач-хирург не может устранить перфорацию одним из указанных выше способов [49, 50, 55, 59, 64].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Ушивание прободного отверстия можно выполнить в большинстве случаев. Исключение составляют следующие ситуации:

1. Прорезывание швов ушиваемых тканей, сомнения в герметичности ушитого прободного отверстия из-за инфильтрации тканей вокруг язвенного дефекта;

2. Стеноз пилородуоденальной зоны;

3. Прободение гигантской или пенетрирующей язвы;

4. Подозрение на малигнизацию язвы.

Методы ушивания прободного отверстия:

1. Ушивание узловыми или П-образными швами;

2. Ушивание узловыми однорядными швами с подшиванием пряди сальника в виде плаща к линии шва;

3. Ушивание узловыми однорядными швами с тампонированием перфорационного отверстия прядью сальника на ножке (операция Оппеля-Поликарпова).

Ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки может быть дополнено ваготомией на усмотрение врача-хирурга [54, 55, 56, 57, 58, 59]. Следует учесть, что применение эрадикации *Helicobacter pylori* в комбинации с инъекционной формой ингибиторов протонного насоса в 1-е сутки после операции приносит эффект сопоставимый с применением ваготомии и может заменить её [60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67]. В выборе оптимальной тактики необходимо ориентироваться на локализацию, размеры язвенного дефекта, инфильтрата, наличие стеноза ДПК, владение врачом-хирургом навыков выполнения вмешательства. При прободной каллёзной язве желудка диаметром более 2 см необходимо иссекать прободную язву желудка с зоной инфильтрации, а дефект в его стенке ушивать узловыми швами без сужения просвета желудка [53, 57].

При прободных каллёзных язвах передней и задней стенок двенадцатиперстной кишки следует рассмотреть возможность выполнения резекции желудка. При невозможности выполнить резекцию желудка язва экономно иссекается, рана задней стенки ушивается без натяжения, а на передней стенке выполняется пилоропластика в любой модификации.

Иссечение язвы желудка на малой кривизне или на большой кривизне, чаще всего, требует мобилизации желудка, как и при его резекции. Язву двенадцатиперстной кишки следует иссекать вместе с зоной инфильтрации.

При невозможности устранения гигантских прободных язв (более 2 см), осложнённых обширным плотным инфильтратом, в рамках одного вмешательства, следует разделить операцию на 2 этапа:

1- й этап - экстренный, производится ушивание прободного отверстия независимо от локализации;

2- й этап - плановый, выполняется резекция желудка или гастрэктомия, с возможной резекцией вовлечённых в воспалительный процесс органов [52, 55, 68, 69, 70]. С точки зрения подавления желудочной кислотопродукции к радикальным операциям относятся дистальная резекция в объеме не менее 2/3 желудка, и антрумэктомия с различными вариантами ваготомии.

При анализе отдалённых результатов операций по шкале Visick установлено, что лучшие результаты лечения были получены после первичной резекции 2/3 желудка по Бильрот-I (95,2% больных) и антрумэктомии с передней селективной и задней стволовой ваготомией (95%), после резекции желудка по Бильрот-II положительные результаты получены у 78,1% больных [70]. Условия для резекции желудка: компенсированное состояние пациента и владение врачом-хирургом методикой резекции желудка [55,70]. При наличии ПЯ двенадцатиперстной кишки, осложнённой стенозом, необходимо прибегнуть к одному из перечисленных приёмов: ушить прободное отверстие с наложением обходного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом; иссечь язву с выполнением пилоропластики по Финнею или выполнить резекцию желудка [53, 45, 68, 69, 70]. Изолированное ушивание язвы двенадцатиперстной кишки на фоне её стеноза приводит к развитию гастростаза и несостоятельности ушитого перфоративного отверстия.

При сочетании двух осложнений язвенной болезни - кровотечения и прободения язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки, необходимо

её ушивание, при невозможности ушивания - иссечение, пилоропластика [55, 45, 56, 57, 58, 59]. При перфорации язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки и кровотечении из язвы задней её стенки в первую очередь нужно стремиться к малоинвазивным методам лечения (эндоскопический гемостаз, прошивание язвы задней стенки желудка с интраоперационным эндоскопическим контролем), ушивание или иссечение язвы передней стенки. При неэффективности или невозможности малоинвазивных методов лечения целесообразна резекция желудка [33, 55, 59,65].

Кровоточащий сосуд в дне язвы задней стенки верифицируется, прошивается и перевязывается. Края язвы задней стенки иссекаются по периметру язвы на протяжении 1-2 мм на глубину слизистого и подслизистого слоёв. После этого, обычно, восстанавливается их подвижность и дифференцировка. Это позволяет ушить дефект стенки над дном язвы и прошитыми сосудами без натяжения и риска повреждения подлежащих тканей поджелудочной железы, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, холедоха и других структур гепатодуоденальной связки. При невозможности ушить или иссечь прободную язву, а также выполнить резекцию желудка, следует ввести в прободное отверстие дренажную трубку или катетер самоудерживающийся крупноголовчатый латексный типа Пеццера (18-20 номер по шкале Шарьера), герметизировать дренажный канал сальником, наружный конец трубки вывести через контрапертуру на переднюю брюшную стенку, эвакуировать экссудат и защитить рану передней брюшной стенки или сформировать лапаростому [55, 68, 70]. В ближайшем послеоперационном периоде проконсультировать пациента в региональном хирургическом центре.

2.2 Лапароскопические вмешательства при ПЯ

• У пациентов с ПЯ и стабильными показателями витальных функций рекомендуется выполнение хирургического вмешательства лапароскопическим доступом [55, 58, 59, 64, 71]

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

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

• Открытая операция рекомендуется при отсутствии лапароскопического оборудования или соответствующих навыков у врача-хирурга [55, 58, 69, 70].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** В зарубежных публикациях частота применения лапароскопического ушивания ПЯ достигает 23% [71, 74]. К преимуществам лапароскопического доступа относятся уменьшение выраженности болевого синдрома, частоты послеоперационных осложнений, сроков лечения в стационаре.

Показания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы:

1. Стабильное состояние пациента;
2. Локализация прободного отверстия на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки;
3. Небольшие размеры прободного отверстия (менее 10 мм при язве желудка и менее 6 мм - при язве ДПК).

2.3 Противопоказания:

1. Поздняя госпитализация (более 24 часов после начала заболевания) [58, 59];
2. Нестабильное состояние пациента;
3. Труднодоступная локализация язвы;
4. Подозрение на малигнизацию язвы;
5. Каллёзная язва;
6. Перифокальное воспаление стенки органа до 10 мм;
7. Вторичный разлитой гнойный перитонит, тяжёлый сепсис;

8. Наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума.

Наряду с ушиванием прободного отверстия, лапароскопическим методом могут быть выполнены: иссечение прободного отверстия, пилоропластика, двухсторонняя стволовая, селективная и селективная проксимальная ваготомии, резекция желудка. Альтернативным вариантом лапароскопического ушивания прободной язвы является лапароскопически ассистированное ушивание прободной язвы, которое включает: диагностическую лапароскопию, удаления выпота и санацию брюшной полости; этап минилапаротомии и ушивание прободного отверстия, ушивание минидоступа; этап лапароскопической санации [35,55,60].

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

- Пациентам с ПЯ и нестабильными показателями витальных функций рекомендуется выполнение вмешательства через лапаротомный доступ [55].

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

- У пациентов с ПЯ рекомендуется применять прогностические системы, включая шкалы J. Воеу, PULP, ASA для стратификации риска и прогнозирования исхода [78, 79].

Уровень убедительности рекомендации С (Уровень достоверности доказательств - 4). **Комментарий.** Шкала J. Воеу получила наиболее широкое распространение среди зарубежных хирургов из-за высокого уровня достоверности прогноза (93,8%). Она состоит из 3 факторов риска, каждый из которых оценивается в 1 балл: гемодинамическая нестабильность при поступлении (систолическое АД менее 100 мм. рт. ст.), поздняя госпитализации (свыше 24 ч.), наличие сопутствующих заболеваний (ASA> 3). При наличии 23 факторов (2-3 балла по шкале J. Воеу) Европейское общество эндоскопических хирургов (EAES) не советует использовать лапароскопическую операцию у этих пациентов, а предлагает сразу выполнять вмешательство из открытого доступа. Кроме указанных выше

шкал, Thorsen A.L. отметил ряд показателей, являющихся предикторами неблагоприятного исхода ПЯ. К ним относятся: старческий возраст, сопутствующее онкологическое заболевание, гипоальбуминемия, гипербилирубинемия, повышенный креатинин и продолжительность заболевания более суток. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24610235/>

- У пациентов с ПЯ не рекомендуется эндоскопическое лечение в виде клипирования, герметизации фибриновым клеем или стентирования [55, 62].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Описано закрытие острых ятрогенных перфораций эндоскопическими клипсами [70], однако клипсы могут быть неэффективны при перфоративных язвах с фиброзной тканью. Применяются комбинированные лапароскопические и эндоскопические подходы для закрытия перфоративных язв [63]. У пациентов с тяжелой сопутствующей патологией гастроскопия и установка стента с последующим рентгенологически направленным дренированием может быть альтернативой стандартному лечению [63]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

Эндоскопическая фиксация сальника и его втягивание в перфоративное отверстие также описывается как эффективное дополнение наряду с пликацией двенадцатиперстной кишки. Однако все вышеперечисленные методы лечения не признаются стандартными подходами в лечении ПЯ и нуждаются в дальнейшем совершенствовании [56]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

3. Послеоперационное ведение пациентов с ПЯ.

- В послеоперационном периоде пациентам с ПЯ рекомендуется проводить медикаментозное лечение, включающее антибактериальные препараты системного действия, анальгетики, ингибиторы протонного насоса и внутривенные инфузии [18, 50, 55, 66, 67].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** Антибиотикотерапия подразумевает продолжение эмпирической антибиотикотерапии по одной из стандартных

схем, назначенной в рамках предоперационной подготовки. При получении результатов микробиологического исследования перитонеальной жидкости с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия проводится коррекция антибиотикотерапии.

Антисекреторная терапия заключается в назначении ингибиторов протонного насоса (например, пантопразол по 40 мг в/в x 2 раза в сутки в течение не более 7 дней с последующим переходом на таблетированные формы в течение всего периода госпитализации). Послеоперационное ведение пациентов с нарушением витальных функций соответствует основным принципам ведения пациентов с сепсисом [61, 65, 67]. При послеоперационном лечении пациентов с ПЯ за рубежом реализуют программу FTS (Fast track surgery) или ERAS (Enhanced recovery after surgery), основными пунктами которых являются: коротко действующие анестетики в раннем послеоперационном периоде, ранняя реабилитация пациента, раннее начало послеоперационного перорального приема жидкости и пищи, раннее удаление мочевого катетера, отказ от использования назогастрального зонда [66, 67, 68].

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

- В послеоперационном периоде пациенту, перенесшему хирургическое лечение ПЯ, рекомендуется проведение ежедневной оценки тяжести состояния [18, 54]. **Уровень убедительности рекомендации С** (уровень достоверности доказательств - 5).

- В послеоперационном периоде пациенту, перенесшему хирургическое лечение ПЯ рекомендуется определение основных лабораторных показателей в динамике [18, 54, 55, 70]

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

- В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательство по поводу ПЯ рекомендуется контроль и уход за дренажами

брюшной полости, назогастральным или назоинтестинальным зондом, а также своевременное их удаление [18, 54, 62, 64].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Контроль дренажей подразумевает определение его функциональной способности, характера и объема отделяемого, удаление при отсутствии экссудата. При объеме отделяемого более 50,0 мл удаление дренажа не целесообразно во избежание формирования абсцесса брюшной полости.

- После операции по поводу ПЯ при наличии тяжелых форм распространенного перитонита и сепсиса пациентов рекомендуется лечить в условиях реанимационного отделения [61,65,66].

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

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

- В послеоперационном периоде пациентам при подозрении на развитие осложнений рекомендуется проведение УЗИ органов брюшной полости (комплексное) или КТ органов брюшной полости [65, 66].

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

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

4. Выбор метода оперативного вмешательства.

Кровотечение из дуоденальных язв и их перфорацию, являющееся осложнением язвенной болезни, вне зависимости от продолжительности язвенного анамнеза следует рассматривать как показание к проведению радикального оперативного вмешательства до возникновения повторной геморрагии. Оперативное лечение кровоточащих симптоматических язв патогенетически необоснованно и должно рассматриваться как вынужденная мера, направленная исключительно на достижение окончательного гемостаза только при неэффективности эндогемостаза и фармакотерапии. Наиболее

адекватным с точки зрения патогенетической обоснованности и радикальности методом оперативного лечения дуоденальных язв, осложненных кровотечением, при язвенной болезни является дистальная резекция желудка в объеме не менее $2/3$. При этом для адекватного угнетения кислотопродуцирующей функции желудка при язвенной болезни желудка показана дистальная резекция не менее $3/4$ желудка; при язвенной болезни желудка – дистальная резекция не менее $2/3$ желудка.

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

При использовании для объективизации оценки тяжести состояния пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами Мангеймского индекса перитонита (МИП) и оценки операционного риска по МНОАР у 97% от всех пациентов с имеющимися показаниями к первично радикальной операции при ЯБ оказывается возможным проведение радикального в отношении язвенной болезни оперативного вмешательства. При этом

факторами, исключающими возможность выполнения резекции желудка, являются МИП > 20 баллов и IV-V степени операционно-анестезиологического риска по МНОАР. Внедрение алгоритмизированного тактического подхода при ПГДЯ, основанного на объективной оценке показаний и поэтапном исключении противопоказаний к первично-радикальным вмешательствам позволяет повысить долю первично-радикальных операций до 27,9% при уменьшении уровня послеоперационных осложнений и летальности при перфоративных дуоденальных язвах до 5,2% и 2,9% соответственно. [7,9]

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

показаний к проведению реконструкции пищеварительной трубки по Ру и одновременной невозможности ее восстановления по Бильрот-I следует предпочесть вариант реконструкции с наложением поперечного гастроэнтероанастомоза на короткой петле по Витебскому [6,7].

Резюмируя вышесказанное, хотим еще раз подчеркнуть, что, несмотря на имеющееся в арсенале современной желудочной хирургии великое множество различных вариантов оперативных вмешательств, именно дистальная резекция желудка по методу Бильрот-I или по методу Бильрот-II в модификациях Ру или Витебского должны являться операциями выбора при показанном и возможном первично-радикальном лечении пациентов с гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением или перфорацией. При этом дифференцированный подход к выбору того или иного метода операции служит неременным условием для успешного хирургического лечения таких пациентов.

Виды проводимых оперативных вмешательств при ЯБ

«Открытая» хирургия:

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

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

«Лапароскопическая» хирургия:

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

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

«Эндоскопическая» хирургия:

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

Эндоскопическая остановка кровотечения является "золотым стандартом" в лечении пациентов с язвенным кровотечением, позволяющим достичь устойчивого гемостаза в 82-92% случаев. Наиболее эффективным эндоскопическим способом остановки кровотечения является клипирование кровоточащего сосуда и аргоно-плазменная коагуляция. Другие методы эндоскопической остановки кровотечения, такие как нанесение препаратов для лечения язвенной болезни желудка и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – пленкообразующих препаратов, использование полисахаридной гемостатической системы, электрокоагуляция, обкалывание язвы должны использоваться в комбинации с основными методами.

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

- размер язвы более 1 см;
- расположение язвы на задней стенке желудка;
- нестабильная гемодинамика (снижение артериального давления во время кровотечения с последующим повышением на фоне восполнения объема циркулирующей крови). [9,14].
- при неэффективности эндоскопического гемостаза, развитии перфорации, пенетрации язвы необходимо проведение экстренной операции. Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5).

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

Инъекционный эндоскопический гемостаз или термокоагуляция достаточно эффективны, однако сочетание этих методик обеспечивает лучшие результаты. При высоком риске рецидива кровотечения

перспективным методом эндоскопической профилактики и гемостаза является клипирование сосудов. В случае рецидива кровотечения рекомендуется повторная попытка эндоскопического гемостаза. При неудаче эндоскопического гемостаза необходима консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве [13,14].

Показания для оперативного вмешательства:

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

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

Абсолютные противопоказания:

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

Относительные противопоказания:

- местный диффузный перитонит;
- грыжи диафрагмы;
- тяжелая степень ожирения;

- запущенный рак органов ЖКТ;
- противопоказания к общему наркозу.

Возможные осложнения после операции.

Статистические данные относительно вероятных осложнений:

16 % – расхождение швов;

11 % случаев – непроходимость кишечника;

8 % – нарушение эвакуации;

6 % – перитонит;

5 % – трудности при глотании;

4 % – кровотечение в просвет желудка или в брюшную полость;

3 % – инфильтраты;

3 % – нагноения и абсцессы.

Предупредить эти последствия сложно, потому что многое зависит от профессионализма хирурга и общего состояния организма пациента. Самые опасные осложнения – это внутренние кровотечения и перитониты, потому что вероятен даже летальный исход. Если разошлись швы, появились нагноения или инфильтраты, операцию проводят повторно. Трудности при глотании и нарушение эвакуации можно устранить приемом определенных лекарств [56, 60].

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

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ПО НОЗОЛОГИИ «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА»**

Ташкент – 2025

I. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

1.1. Введение

Пациентам с ЯБ желудка в стадии ремиссии с целью ее сохранения рекомендуется проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях климатической зоны проживания пациента [5].

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

Всем лицам с наличием инфекции *H. pylori* при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение эрадикационной терапии с целью профилактики ЯБ и ее обострений [52].

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). **Комментарий.** Подтверждение ведущей роли инфекции *H. pylori* в развитии язвенной болезни сделало проведение эрадикационной терапии основным методом профилактики данного заболевания •

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

Дальнейшее ведение больных

Больные с язвенной болезнью желудка подлежат диспансерному наблюдению:

- Осмотр ВОП/семейного врача – 1 раз в квартал в течение первого года диспансерного наблюдения, далее при стойке ремиссии – 2 раза в год.

- Осмотр гастроэнтеролога – 2 раза в год в осенне-весенний период и противорецидивное лечение «по требованию» при возникновении тех или иных симптомов заболевания.
- Осмотры отоларинголога, стоматолога – 2 раза в год.
- Сдача ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, амилаза) – 2 раза в год.
- ЭГДФС с биопсией – 2 раза в год в первые 3 года, далее 1 раз в год.
- ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости – при наличии медицинских показаний.

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

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

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

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

| | | | | | |
|--|---------|--|--|--|--|
| | полости | | | | |
| <p>Примечание. После хирургического вмешательства необходимо проводить плановую ЭГДФС 2 раза в год. Во время периодических осмотров рекомендуется проводить дополнительные инструментальные проверки.</p> <p>* Для проведения данных исследований пациент регулярно направляется в региональные/многопрофильные центры по рекомендации семейного врача или гастроэнтеролога.</p> | | | | | |

2.1 МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ПРОФИЛАКТИКИ.

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

Первичная профилактика при ЯБЖ направлена на предупреждение заболевания:

- Соблюдение гигиены ротовой полости, своевременное лечение зубов и десен. Больные зубы – это входные ворота для инфекции, а кроме того, больные зубы не дают возможности должным образом пережевывать пищу, что приводит к повышенной нагрузке на желудок.

- Организация правильного режима и рациона питания. Следует выработать привычку принимать пищу ежедневно в одно и то же время. Кроме того, рекомендуется исключить из рациона или же ограничить употребление копченостей, чрезмерно острой, пряной и соленой пищи. Кулинарная обработка блюд должна быть щадящей – без сильного жаривания блюд. Газированные напитки, очень горячую или, наоборот, очень холодную пищу также следует исключить.

- Профилактика авитаминоза.
- Отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя).
- Профилактика и лечение гормональных нарушений.
- Дозированные физические нагрузки, рациональная организация распорядка дня.

- Отказ от частого приема лекарственных препаратов (по возможности), особенно бессистемного приема и самолечения лекарств.

- Профилактика заражения *Helicobacter pylori* – использование индивидуальной посуды, полотенца. [12,13,15]

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

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

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

Для первичной диагностики хеликобактер пилори - НР можно использовать уреазный, серологический и гистологический методы

диагностики, при их доступности. Поскольку распространенность НР-инфекции в Узбекистане высокая, серологический метод может служить в качестве скрининга для первичной диагностики хеликобактер пилори - НР.

Третичная профилактика, которая направлена на снижение уже возникших осложнений у пациентов с язвой, очень близка по форме и содержанию к вторичной. Эта медицинская профилактика включает комплекс мер по реабилитации и предупреждению нетрудоспособности больного, а как научное направление — занимается поиском способов увеличения продолжительности активной жизни. [12,15]. (https://elearning.volgmed.ru/pluginfile.php/563213/mod_resource/content/1/ПРОФИЛАКТИКА.pdf).

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

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

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

2.2 Реабилитационные мероприятия.

Реабилитация определяется как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания». Другими словами, реабилитация направлена на то, чтобы

помочь детям, взрослым или пожилым людям быть как можно более автономными в повседневной жизни и дать им возможность получать образование, работать и заниматься досугом, а также выполнять важные социальные функции, такие как забота о семье. В этих целях с человеком и его семьей проводится работа по лечению сопутствующих заболеваний и устранению их симптомов, изменению условий проживания для более полного удовлетворения их потребностей с использованием ассистивных технологий, обучения навыкам оказания самопомощи и адаптации задач, с тем чтобы они могли выполняться более безопасно и без посторонней помощи. Эти стратегии, осуществляемые в комплексе, могут помочь пациенту преодолеть трудности, связанные с когнитивными нарушениями, расстройствами зрения и слуха, трудностями в коммуникации, приеме пищи или передвижении». (<https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>)

Цели:

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

В послеоперационном периоде рекомендуется раннее энтеральное питание с постепенным увеличением частоты и объема принимаемой жидкости и пищи [11, 18, 19].

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

18].

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

Пациентам с язвенной болезнью после хирургического лечения рекомендуется выполнение диагностических исследований, направленных на выявление *H. pylori* (см. раздел по диагностике) и проведение эрадикационной и поддерживающей терапии с целью предупреждения рецидивов ЯБ и ее осложнений [19, 21, 24].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). **Комментарий.** Выполненный этап хирургического лечения не снижает риска развития нового витка хирургических осложнений язвенной болезни, прежде всего, кровотечений, поэтому важно продолжить курс консервативного лечения заболевания до полного излечения пациента. • Пациентам с пилородуоденальным стенозом и язвой без признаков перфорации/пенетрации с целью его устранения рекомендуется проведение эндоскопической баллонной дилатации [26].

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

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

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

Пациентам с 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].

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

Лечебное питание у больных язвой желудка необходимо строго дифференцировать в зависимости от стадии процесса, его клинического проявления и сопутствующих осложнений. В основе диетического питания у больных язвенной болезнью желудка лежит принцип щажения, то есть создания максимального покоя изъязвленной слизистой оболочки. Целесообразно употреблять продукты, являющиеся слабыми возбудителями сокоотделения, быстро покидающие желудок и мало раздражающие его слизистую оболочку. В настоящее время разработаны специальные противоязвенные рационы лечебного питания. Диету необходимо соблюдать в течение длительного времени и после выписки из стационара. В период обострения назначаются продукты, нейтрализующие соляную кислоту. Поэтому в начале лечения нужна белково-жировая диета, ограничение углеводов. Питание должно быть дробным и частым (5-6 раз в сутки); диета - полноценной, сбалансированной, химически и механически щадящей. Диетическое питание состоит из трех последовательных циклов, продолжающихся по 10-12 дней (диеты № 1а, 1б, 1).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

При выраженных нервно-вегетативных расстройствах, гипо- и гипергликемических синдромах в диете ограничивается количество углеводов (до 250-300 г), при нарушениях трофики, сопутствующих

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

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

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

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

Санаторно-курортное лечение.

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

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

Задача ЛФК: - нормализация тонуса ЦНС и кортико-висцеральных взаимоотношений, улучшение психоэмоционального состояния; активизации крово- и лимфообращения, обменных и трофических процессов в двенадцатиперстной кишке и других органах пищеварения; стимуляция регенеративных процессов и ускорение заживления язвы; уменьшение спазма мышц желудка; нормализация секреторной и моторной функций кишечника; предупреждения застойных явлений и спаечных процессов в брюшной полости. Лечебный массаж назначают для уменьшения возбуждения ЦНС, улучшения функции вегетативной нервной системы, нормализации моторной и секреторной деятельности желудка и других отделов желудочно-кишечного тракта; укрепления мышц живота, укрепление организма. Применяют сегментарно-рефлекторный и классический массаж. Действуют на паравертебральные зоны D9-D5, C7-C3. При этом у больных с язвенной болезнью желудка массируют названные зоны только слева, а язвенной болезнью желудка - с обеих сторон. Массируют также участок воротниковой зоны D2-C4, живот. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Для определения эффективности ЛФК проводятся постоянные наблюдения за больным, определяющие его состояние, воздействие

применяемых упражнений, отдельного занятия, определенного периода лечения. Важное значение имеют также специальные исследования функционального состояния, которые дают объективную оценку больного, его индивидуальных особенностей, адаптации к физической нагрузке [6,9].

Для учета эффективности ЛФК при язвенной болезни могут использоваться:

- опрос относительно имеющихся субъективных ощущений: изжога, отрыжка, вздутие живота, боли в животе, характер стула(запор, понос).

- контроль за пульсом и АД;

- дыхательные пробы Штанге и Генчи;

- динамический контроль за массой тела. Масса тела определяется путем взвешивания на медицинских весах.

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

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

Для определения эффективности отдельного занятия проводят врачебно-педагогические наблюдения. Важнее всего определить, как на данном занятии решены лечебные задачи, соответствует ли физическая нагрузка возможностям больного, каковы его индивидуальные реакции на занятие ЛФК.

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

Во время наблюдений обращается внимание на внешние признаки утомления, появление болей, способность выполнять упражнения.

Основываясь на наблюдениях, следует изменить методику занятия, например, уменьшать дозировку физической нагрузки. В большинстве случаев физические упражнения должны вызывать небольшое утомление, которое характеризуется покраснением кожи испариной, учащением дыхания. Нельзя допускать появление болей и переутомления, сопровождающегося шумной одышкой, резкой слабостью, нарушением координации и равновесия, головокружениями, изменением структуры выполнения физического упражнения.

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

6. Критерии для определения проведения видов профилактики

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

6.1. Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур (международные шкалы согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) — по показаниям.

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

7. Этапы и объемы реабилитации

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

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

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

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

- Физикальное обследование пациента
- ЭГДФС;

9. Индикаторы эффективности профилактических мероприятий

В соответствии с международными шкалами согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, эффективность профилактических мероприятий будет определяться длительностью ремиссии, отсутствие болевых ощущений у пациентов, а также профилактические ЭГДФС раз в 6 месяцев.

<https://ergotherapy.ru/wp-content/uploads/2017/05/Mezhdunarodnaya-klassifikatsiya.pdf>

10. Организационные аспекты протокола:

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

7. Список использованной литературы:

1. Shay H, Sun DCH. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer. In: Bockus H.L. Gastroenterology, Philadelphia-London: Saunders Elsevier, 1968: 420-465.
2. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; 390 (10094): 613-624. doi:10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
3. Chan FKL., Lau JYW. Peptic ulcer disease. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2015
4. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician 2007; 76 (7): 1005-1012.
5. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; vol. 390 (10094): 613-624.
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 (2): 102-113. doi: 10.1159/000323958.
7. Ramakrishnan K., Salinas R.C. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician 2017; vol. 76: 1005-1012
8. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.: МЕД-пресс-информ; 2019:
9. Hawkey CJ, Wight NJ. Clinician's manual on NSAIDS and gastrointestinal complications. London: Life Science Communications, 2001.
10. Хирургическая помощь в Российской Федерации. М., 2022. - 132 с.
11. 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.
12. Karstensen JG, Ebigbo A, Aabakken L, et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy

- (ESGE) Cascade Guideline. *Endosc Int Open*. 2018;6(10):E1256-E1263. doi:10.1055/a-0677-2084.
13. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019;171(11):805-822. doi:10.7326/M19-1795
14. Acute upper gastrointestinal bleeding overview. UK National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
15. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. М.: Медицина, 1996. - 149 с.
16. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. Л. : Медицина, 1982. - 224 с.
17. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.:МЕД пресс-информ, 2009. — 176 с. ISBN 5-98322-547-2.
18. Tomizawa M, Shinozaki F, Hasegawa R, et al. Low hemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. *Biomed Rep*. 2016;5(3):349-352. doi:10.3892/br.2016.727
19. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020;15:3. Published 2020 Jan 7. doi:10.1186/s13017-019-0283-9.
20. Rassameehiran S, Teerakanok J, Suchartlikitwong S, Nugent K. Utility of the Shock Index for Risk Stratification in Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *South Med J*. 2017;110(11):738-743. doi:10.14423/SMJ.0000000000000729.
21. Saltzman JR. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. 2024 UpToDate.
22. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre

prospective study. *BMJ*. 2017;356:i6432. Published 2017 Jan 4. doi:10.1136/bmj.i6432.

23. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018 [published correction appears in *Gut*. 2019 Feb;68(2):380. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316276corr1]. *Gut*. 2018;67(10):1757-1768. doi:10.1136/gutjnl-2018-316276.

24. Harewood GC, McConnell JP, Harrington JJ, Mahoney DW, Ahlquist DA. Detection of occult upper gastrointestinal tract bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc*. 2002;77(1):23-28. doi:10.4065/77.1.23.

25. Kim HU. Diagnostic and Treatment Approaches for Refractory Peptic Ulcers. *Clin Endosc*. 2015;48(4):285-290. doi:10.5946/ce.2015.48.4.285.

26. Harewood G.C., McConnel J.P., Harrington J.J. et al. Detection of occult upper gastrointestinal bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc* 2022; vol.77 (1): 23-28.

27. Hunt BJ, Allard S, Keeling D, et al. A practical guideline for the haematological management of major haemorrhage. *Br J Haematol*. 2015;170(6):788-803. doi: 10.1111/bjh.13580.

28. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015;47(10):a1-a46. doi:10.1055/s-0034-1393172.

29. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. Published online August 8, 2022. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745.

30. Best LM, Takwoingi Y, Siddique S, et al. Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. *Cochrane Database Syst Rev*.

- 2018;3(3):CD012080. Published 2018 Mar 15.
doi:10.1002/14651858.CD012080.pub2.
31. Jiang M, Chen P, Gao Q. Systematic Review and Net-Work Meta-Analysis of Upper Gastrointestinal Hemorrhage Interventions. *Cell Physiol Biochem*. 2016;39(6):2477-2491. doi:10.1159/000452515.
32. Gisbert JP, Khorrami S, Carballo F, Calvet X, Gene E, Dominguez-Munoz JE. H. pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy (with or without long-term maintenance antisecretory therapy) for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD004062. doi:10.1002/14651858.CD004062.pub2.
33. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6-30. doi:10.1136/gutjnl2016-312288.
34. Vomero ND, Colpo E. Nutritional care in peptic ulcer. *Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(4):298-302. doi:10.1590/S0102-67202014000400017.
35. Burget DW, Chiverton SG, Hunt RH. Is there an optimal degree of acid suppression for healing of duodenal ulcers? A model of the relationship between ulcer healing and acid suppression. *Gastroenterology*. 1990;99(2):345-351. doi:10.1016/0016-5085(90)91015-x.
36. Scally B, Emberson JR, Spata E, et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(4):231-241. doi:10.1016/S2468-1253(18)30037-2.
37. Poynard T, Lemaire M, Agostini H. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer. *EurGastroenterol Hepatol*. 1995;7(7):661-665.
38. Hu ZH, Shi AM, Hu DM, Bao JJ. Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trials [published correction appears in *Saudi J*

- Gastroenterol. 2017 Mar-Apr;23(2):130. doi: 10.4103/1319-3767.203367]. Saudi J Gastroenterol. 2017;23(1): 11-19. doi:10.4103/1319-3767.199117.
39. Terano A, Arakawa T, Sugiyama T, et al. Rebamipide, a gastro-protective and antiinflammatory drug, promotes gastric ulcer healing following eradication therapy for *Helicobacter pylori* in a Japanese population: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Gastroenterol. 2007;42(8):690-693. doi:10.1007/s00535-007-2076-2.
40. Song KH, Lee YC, Fan DM, et al. Healing effects of rebamipide and omeprazole in *Helicobacter pylori*-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. Digestion. 2011;84(3):221-229. doi:10.1159/000329353.
41. Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4(4):CD003840. Published 2016 Apr 19. doi:10.1002/14651858.CD003840.pub5.
42. Евсеев М. А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010; 20 (3): 55-62.
43. Клинические рекомендации «Прободная язва». ООО «Российское общество хирургов», утвержденные Минздравом России. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава РФ, 2021 г.
44. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet. 2017;390(10094):613-624. doi:10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
45. S0reide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. Lancet. 2015;386(10000):1288-1298. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7.
46. Тимербулатов В.М., Кунафин М.С., Тимербулатов М.В. Экстренная абдоминальная хирургия в регионе Российской Федерации: анализ за 40 лет. Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 2014; 6: 89-92.

47. Ревишвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Нечаев О.И., Захарова М.А., Шелина Н.В., Миронова Н.Л. Хирургическая помощь в Российской Федерации. - М., 2019. - 136 с. ISBN 9785-6043874-0-5.
48. Неотложная абдоминальная хирургия. Методическое руководство для практикующего врача. / Под редакцией акад. РАН Затевахина И.И., акад. РАН Кириенко А.И., член- корр. РАН Сажина А.В. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. - 488с. ISBN 978-5-6040008-5-4.
49. Лобанков В.М. «Хирургическая эпидемиология» язвенной болезни в Беларуси в период с 1990 по 2004 год // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2007; 1: 50-55.
50. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Издательство «ТриадаХ», 2005. - 640с.
51. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. Хирургия. 2003;
52. Møller MH, Adamsen S, Thomsen RW, Møller AM. Preoperative prognostic factors for mortality in peptic ulcer perforation: a systematic review. *Scand J Gastroenterol.* 2010;45(7-8):785-805. doi:10.3109/00365521003783320.
53. Grassi R, Romano S, Pinto A, Romano L. Gastro-duodenal perforations: conventional plain film, US and CT findings in 166 consecutive patients. *Eur J Radiol.* 2004;50:30-36. doi:10.1016/j.ejrad.2003.11.012.
54. Søreide K, Thorsen K, Søreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2014;101(1):e51-e64. doi:10.1002/bjs.9368.
55. Varcus F, Paun I, Duta C, Dobrescu A, Frandes M, Tarta C. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. *Minerva Chir.* 2018;73(2):188-193. doi:10.23736/S0026-4733.18.07603-4
56. Sivaram P, Sreekumar A. Preoperative factors influencing mortality and morbidity in peptic ulcer perforation. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018;44(2):251-257. doi:10.1007/s00068-017-0777-7.

57. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg*. 2010;27(3):161-169. doi:10.1159/000264653.
58. Furukawa A, Sakoda M, Yamasaki M, et al. Gastrointestinal tract perforation: CT diagnosis of presence, site, and cause. *Abdom Imaging*. 2005;30(5):524-534. doi:10.1007/s00261-004-0289-x
59. 127. Siu WT, Leong HT, Law BK, et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2002;235(3):313-319. doi:10.1097/00000658-200203000-00001.
60. Khatri K.M., Sajid S., Baig K., Sayegh M., Singh K. Laparoscopic versus open perforated peptic ulcer suture repair: an updated meta-analysis. *Surg Endosc*. 2011. 25: 54-148.
61. Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Granderath FA. Meta-analysis of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer. *JLS*. 2013;17(1):15-22. doi:10.4293/108680812X13517013317752.
62. ASGE Standards of Practice Committee, Banerjee S, Cash BD, et al. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(4):663-668. doi:10.1016/j.gie.2009.11.026.
63. Shan YS, Hsu HP, Hsieh YH, Sy ED, Lee JC, Lin PW. Significance of intraoperative peritoneal culture of fungus in perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 2003;90(10):1215-1219. doi:10.1002/bjs.4267.
64. Songne B, Jean F, Foulatier O, Khalil H, Scotte M. Traitement non operatoire des perforations d'ulcere gastroduodenal. Resultats d'une etude prospective [Non operative treatment for perforated peptic ulcer: results of a prospective study]. *Ann Chir*. 2004;129(10):578-582. doi:10.1016/j.anchir.2004.06.012
65. Hanumanthappa M.B., Gopinathan S., Guruprasad Rai D., Neil Dsouza. A Non-operative Treatment of Perforated Peptic Ulcer: A Prospective Study with 50 Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2012; 6(4): 696-699.
66. Buck DL, Vester-Andersen M, Møller MH; Danish Clinical Register of Emergency Surgery. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 2013;100(8):1045-1049. doi:10.1002/bjs.9175.

67. Ross JT, Matthay MA, Harris HW. Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention. *BMJ*. 2018;361:k1407. Published 2018 Jun 18. doi:10.1136/bmj.k1407.
68. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287.
69. Sartelli M, Kluger Y, Ansaloni L, et al. Raising concerns about the Sepsis-3 definitions. *World J Emerg Surg*. 2018;13:6. Published 2018 Jan 25. doi:10.1186/s13017-018-0165-6.
70. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, et al. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. *N Engl J Med*. 2017;376(23):2235-2244. doi:10.1056/NEJMoa1703058.
71. Cecconi M, Evans L, Levy M, Rhodes A. Sepsis and septic shock. *Lancet*. 2018;392(10141):75-87. doi:10.1016/S0140-6736(18)30696-2.
72. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Crit Care Med*. 2017;45(3):486-552. doi:10.1097/CCM.0000000000002255.
73. Horn CB, Coleoglou Centeno AA, Rasane RK, et al. Pre-Operative Anti-Fungal Therapy Does Not Improve Outcomes in Perforated Peptic Ulcers. *Surg Infect (Larchmt)*. 2018;19(6):587-592. doi:10.1089/sur.2018.058.
75. Prakash A, Sharma D, Saxena A, et al. Effect of Candida infection on outcome in patients with perforation peritonitis. *Indian J Gastroenterol*. 2008;27(3):107-109.
76. Zedan AS, Lolah MA, Badr ML, Ammar MS. Laparoscopic versus open repair of perforated duodenal peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Menoufia Med J*. 2015; 28: 62-68. doi: 10.4103/1110-2098.155945