

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

- 1. Название протокола:** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- 2. Код протокола:**
- 3. Коды по МКБ:**
К 25 Язва желудка
К 26 Язва двенадцатиперстной кишки
- 4. Сокращения, используемые в протоколе:**
ЯБ - Язвенная болезнь
ДПК – двенадцатиперстная кишка
УЗИ – ультразвуковое исследование
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия,
- 5. Дата разработки протокола:** 16.04.2013 г
- 6. Категория пациентов:** амбулаторные больные, стационарные больные
- 7. Пользователи протокола:** врачи терапевты, врачи общей практики
- 8. Указание на отсутствие конфликта интересов:** составитель протокола не имеет конфликта интересов с фармакологическими фирмами
- 9. Определение:** язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся чередованием периодов обострения и ремиссии, основное проявление которого – образование дефекта (язвы) в стенке желудка и ДПК, проникающего (в отличие от эрозий) в подслизистый слой.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

- 10. Клиническая классификация:** Общепринятой классификации язвенной болезни не существует. С точки зрения нозологической самостоятельности различают: язвенная болезнь и симптоматические гастродуоденальные язвы; язвенная болезнь, ассоциированная и не ассоциированная с *H.pylori*.
- 11. Показания для госпитализации:** Лечение язвенной болезни можно проводить амбулаторно. Показания для срочной госпитализации: осложненные формы заболевания, тяжелый болевой синдром, неэффективность амбулаторной медикаментозной терапии, сопутствующие заболевания.
- 12. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**
Перечень основных диагностических мероприятий:
общий анализ крови,
группа крови,



резус-фактор,

ЭГДС (с биопсией слизистой оболочки желудка с быстрым уреазным тестом),

рентгенологическое исследование пищевода и желудка по показаниям.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

ЭКГ,

рентгенография грудной клетки,

УЗИ органов брюшной полости,

24-часовая рН-метрия пищевода и желудка,

дыхательный тест для контроля эрадикации (неинвазивный)

13. Диагностические критерии:

13.1 жалобы и анамнез

«Типичная» язвенная боль (в эпигастрии, связанная с приемом пищи или натощак и облегчаемая приемом антацидов) не является специфичной. Анамнез, как правило, может нацелить на постановку диагноза ЯБ, оценить частоту рецидивов и развившиеся осложнения.

13.2 физикальное обследование:

при обострении ЯБ - локальная болезненность в эпигастральной или пилоробульбарной области при пальпации с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки, иногда локальная перкуторная болезненность (симптом Менделя)

13.3 лабораторные исследования:

возможна анемия (при явных или скрытых язвенных кровотечениях), лейкоцитоз и увеличение СОЭ при осложненных формах ЯБ (при пенетрации язвы, выраженном перивисцерите)..

13.4 Инструментальные исследования:

- **Эндоскопическое исследование** подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, состояние дна и краев язвы (с обязательной биопсией и гистологическим исследованием для исключения злокачественного характера язвенного поражения при локализации язвы в желудке и выявления *H.pylori*).
- **Рентгенологическое исследование** с барием проводится при затруднении к выполнению ЭГДС, а также дополнительно к ЭГДС при необходимости уточнения анатомических особенностей пищевода и желудка (деформации, анастомозы, стеноз, опухоль, инфильтрирующая стенку желудка). Интрагастральная рН-метрия (оценка кислотной продукции в зависимости от локализации язвы);
- **Выявление *H.pylori*** можно проводить различными методами, отличающимися высокой чувствительностью и специфичностью. Если больному не проводят одновременно ЭГДС, для диагностики предпочтительнее применять дыхательный уреазный тест. Если



проводят ЭГДС, применяют быстрый уреазный тест.*

13.5 Показания для консультации специалистов:

хирурга – подозрение на осложнение язвенной болезни (перфорация, пенетрация, рубцово-язвенный стеноз привратника, малигнизация язвы)

13.6 Дифференциальный диагноз:

Язвенную болезнь нужно дифференцировать от симптоматической язвы желудка и ДПК (которые развиваются часто остро, проявляясь внезапными желудочно-кишечными кровотечениями или прободением, могут протекать со стертой картиной обострения, и нетипичными клиническими проявлениями; от гастро-дуоденальных язв Зеллингера-Эллисона, отличающихся крайне тяжелым течением, множественной локализацией, упорной диареей. При обследовании таких больных – резко повышен уровень желудочного кислого выделения, содержание гастрина (в 3-4 раза).

Помогают диагностике провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном), УЗИ поджелудочной железы. При язве желудка необходимо дифференцировать с доброкачественной язвой, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка. Рекомендуются эндоскопическое, рентгенологическое исследования, эндоскопическая ультрасонография (оценка характера поражения стенки желудка в месте изъязвления и состояние регионарных лимфатических узлов). Гистологическое исследование биоптатов язвы (не менее 3-4 кусочков ткани).

14. Цели лечения:

- Быстрая ликвидация тягостных для больного симптомов заболевания
- Заживление язвы
- Ликвидация инфекционного агента *H.pylori* для предотвращения рецидивов заболевания и профилактика его обострений.
- При осложненном течении заболевания – борьба с осложнениями и устранение опасности для жизни больного

Лечение язвенной болезни можно проводить амбулаторно.

Показание для срочной госпитализации:

- 1) осложненные формы заболевания;
- 2) тяжелый болевой синдром
- 3) неэффективность амбулаторной медикаментозной терапии;
- 4) сопутствующие заболевания.

15. Тактика лечения:

15.1 Немедикаментозное лечение:

Лечение включает широкий круг мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и употребление алкоголя, отказ от ульцерогенных препаратов (прежде всего НПВП). Важно диетическое питание. Оно должно быть частым, дробным, механически и химически щадящим. В большинстве случаев показана диета №1 по М.И.Певзнеру. Диеты №1а и 1б назначать при



резко выраженных симптомах обострения на короткий срок

15.2 Медикаментозное лечение

Отсутствие принципиальных различий в подходах к лечению язв желудка и ДПК – важный момент в современной фармакотерапии язвенной болезни. Единственное различие заключается в продолжительности курса фармакотерапии. Основным противорецидивным лечением язвенной болезни является эрадикационная антихеликобактерная терапия. Курс эрадикационной терапии следует проводить каждому больному с ЯБ, если у него обнаружен *H. Pylori* в СОЖ, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии.

Показания к эрадикации *H. pylori* (Маастрихт-IV)

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии, а также после лечения осложнений - осложненные формы.
- Перед началом курса НПВС следует провести антихеликобактерную терапию для профилактики язвообразования и кровотечения.
- При необходимости длительного приема аспирина и при наличии кровотечения в анамнезе следует проводить тест для определения инфекции *H. pylori* и при положительном результате назначать антихеликобактерное лечение.
- При необходимости длительного приема НПВС и наличии язвенной болезни и/или кровотечения поддерживающая терапия ингибиторами протонной помпы более эффективна, чем эрадикация инфекции *H. pylori* (для предотвращения язвообразования и кровотечения).

Контроль рубцевания язв желудка проводят через 4, 6, 8 нед после начала приема препаратов, а дуоденальных – через 2, 4, 6 нед. Контроль эрадикации при неосложненной язвенной болезни предпочтительно определять на основании результатов дыхательного уреазного теста. Успешность эрадикации *H. Pylori*, обуславливает безрецидивное течение заболевания, что является положительным прогностическим признаком в лечении язвенной болезни. Рекомендуются схемы эрадикации согласно Маастрихт 4:



Маастрихт 4



15.3. другие виды лечения

В дальнейшем может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение (не ранее чем через 2-3 мес после обострения). Оно включает хвойно-морские ванны, прием щелочных минеральных вод.

15.4. хирургическое вмешательство:

Показания в настоящее время – осложненные формы заболевания – перфорация и пенетрация язвы, рубцово-язвенный стеноз привратника, малигнизация язвы. При выборе способа хирургического лечения предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям, дающим меньшую частоту постгастрорезекционных расстройств.

15.5. Профилактические мероприятия:

организация правильного режима и характера питания, борьба с вредными привычками, отказ от приёма лекарственных препаратов, оказывающих ульцерогенное действие.

Неинвазивный метод исследования на предраковое поражение желудка: исследование крови на гастрин-17, пепсиноген -1 и пепсиноген -2 (метод «Гастропанели»).

Тестирование на наличие *H.pylori* и проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии в случае обнаружения *H.pylori*.

15.6. Дальнейшее ведение: антихеликобактерная терапия, обязательная поддерживающая терапия, динамическое наблюдение за больным для мониторинга (дыхательный уреазный тест; эндоскопическое исследование с биопсией по показаниям и быстрым уреазным тестом) осложнений.

16. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов: Заживление язвы; ликвидация инфекционного агента *H.pylori*, безрецидивное течение заболевания, отсутствие осложнений.

Р. А. Битан

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

17. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1. Бектаева Р.Р., д.м.н., профессор (Медицинский университет Астана)

18. Рецензенты: Искаков Б.С., д.м.н., профессор (КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова)

19. Указание условий пересмотра протокола: данный протокол подлежит пересмотру через 4 года. В случае появления новых данных, основанных на доказательствах, протокол может быть пересмотрен ранее.

20.Список использованной литературы:

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной – М.ГЭОТАР-Медиа, 2012, - 480 с.

2. Диагностика и лечение кислотозависимых и хеликобактер-ассоциированных заболеваний. По ред. Р.Р.Бектаевой, Р. Т. Агзамовой, Астана, 2005 – 80 с.

3. П. Л. Трэвис. Гастроэнтерология: пер. с англ. / Под ред. С.П.Л.Трэвиса и др. – М.: Мед лит., 2002 – 640 с.

4. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей.2-у издание, ГЕОТАР, 2002.

5. Manual of gastroenterology: diagnosis and therapy, Canan Avunduk. – 4th ed., 2008 - 515 p.

