

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА Терапии и последипломного образования

Рецензия профессора, ДМН кафедры Терапии ИПО Грищенко Елены Георгиевны на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия Попов Антон Александрович по теме: «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Терапия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему:
«Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки»

Выполнила Ординатор 1 года
Кафедры терапии ИПО
Попов Антон Александрович
На проверку: ДМН, профессор Грищенко Елена Георгиевна

Красноярск, 2019

Содержание:

1. Определение
 2. Эпидемиология
 3. Этиология.
 4. Патогенез. Факторы риска
 5. Скрининг
 6. Классификация
 7. Клиника
 8. Принципы диагностики заболевания у взрослых в амбулаторных условиях
 9. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях
 10. Показания к консультации гастроэнтеролога
 11. Показания к консультации хирурга
 12. Показания к госпитализации больного
 13. Профилактика
 14. Прогноз
- Список литературы

Определение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДК) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов

обострения и ремиссии, основное проявление которого - образование дефекта (язвы) в стенке желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, проникающего (в отличие от эрозий) в подслизистый слой.

Эпидемиология

- Распространенность - 7-10% взрослого населения.
- Дуоденальную локализацию язвы диагностируют в 4 раза чаще, чем желудочные.
- В молодом возрасте мужчины страдают язвенной болезнью в 2-5 раз чаще, чем женщины, после 40 лет возрастные отличия стираются.
- Последние годы характеризуются тенденцией к снижению числа госпитализаций

Этиология

В развитии язвенной болезни играют роль как модифицируемые, так и немодифицируемые факторы.

Немодифицируемыми факторами являются:

- Генетическая предрасположенность
- Увеличенное количество обкладочных клеток в железах желудка и вследствие этого стойко высокий уровень соляной кислоты в желудочном соке
- Высокое содержание в сыворотке крови пепсиногенов I, II и так называемой «ульцерогенной» фракции пепсиногена в желудочном содержимом
- Повышенное высвобождение гастрина в ответ на прием пищи и повышенная чувствительность обкладочных клеток к гастрину
- Группа крови O (I)
- Сниженная активность α 1-антитрипсина и дефицит α 2-макроглобулина
- Неспособность секретировать в желудок агглютиногены крови АВ и отсутствие их в слюне
- Дефицит фукогликопротеидов
- Нарушение продукции секреторного иммуноглобулина А
- Отсутствие кишечного компонента и снижение индекса В щелочной фосфатазы
- Отсутствие 3-й фракции холинэстеразы
- Переход от биологического лета к биологической зиме и наоборот (физиологические десинхронозы)

Модифицируемые факторы:

- **Инфицирование *Helicobacter pylori* (H. pylori);**
- прием НПВП;
- стрессогенные ситуации;
- наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем);
- профессиональные вредности;
- нарушение стереотипа питания

Патогенез. Факторы риска

Патогенез язвенной болезни заключается в нарушении равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

К агрессивным факторам относят:

- повышение выработки соляной кислоты (в результате увеличения количества обкладочных клеток, гиперпродукции гастрина, нарушения нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотообразования);
- повышение выработки пепсина и пепсиногена;
- нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки__

К ослаблению защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки относят:

- снижение выработки и нарушение качественного состава желудочной слизи;
- уменьшение выделения бикарбонатов (в составе желудочной и панкреатической секреции);

- нарушение регенераторных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки;
- ухудшение кровоснабжения и уменьшение содержания простагландинов в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

Важнейшую роль в усилении агрессивных свойств желудочного содержимого и ослабления защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки играет микроорганизм *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), который выделяют у 90-95% больных с язвой двенадцатиперстной кишки и у 70-85% пациентов с язвой желудка.

Эти бактерии вырабатывают ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Наиболее патогенные - CagA-, VacA-позитивные штаммы *H. pylori*. Они экспрессируют ген, ассоциированный с цитотоксином, и продуцируют вакуолизирующий цитотоксин, который приводит к образованию цитоплазматических вакуолей и гибели эпителиальных клеток. Ген CagA кодирует синтез белка массой 128 кДа, оказывающего прямое повреждающее действие на слизистую оболочку. *H. pylori* способствует высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей. Это вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка. Обсеменение слизистой оболочки желудка *H. pylori* сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и приводит к повышению выработки гастрина и снижению продукции соматостатина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обуславливает образование в двенадцатиперстной кишке участков желудочной метаплазии (перестройки эпителия дуоденальной слизистой оболочки по желудочному типу), быстро заселяемых *H. pylori*.

В дальнейшем, при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов в участках метаплазированной слизистой оболочки формируется язвенный дефект.

К гастродуоденальным язвам, не ассоциированным с *H. pylori*, относят, в первую очередь, эрозивно-язвенные поражения, вызванные приемом аспирина и других НПВС.

Факторы риска язвообразования на фоне приема НПВС:

- возраст старше 65 лет;
- наличие в анамнезе язвенной болезни и ее осложнений, в первую очередь кровотечений;
- необходимость применения высоких доз НПВС;
- необходимость одновременного применения глюкокортикоидов;
- наличие в анамнезе ИБС;
- одновременный прием коагулянтов.

Присутствие *H. pylori* способствует повреждающему действию указанных препаратов, но язвы могут образовываться и без участия этих бактерий. Ведущую роль в их формировании играет снижение цитопротективных свойств слизистой оболочки желудка, происходящее в результате уменьшения синтеза простагландинов в желудке под влиянием НПВС.

«Стрессовые» язвы также не ассоциированы с *H. pylori*. Они возникают у пациентов в критических состояниях (при распространенных ожогах, черепно-мозговых травмах, после обширных полостных операций и т.д.). Их развитию способствуют, главным образом, нарушения микроциркуляции в слизистой оболочке желудка.

Особую группу гастродуоденальных язв составляют язвенные поражения, возникающие в результате гиперсекреции соляной кислоты на фоне избыточной продукции гастрина (гастринома поджелудочной железы или синдром Золлингера-Эллисона) или гистамина (карциноидный синдром).

Выделяют также симптоматические язвы при хронических заболеваниях внутренних органов: при циррозах печени (гепатогенные язвы), хроническом панкреатите (панкреатогенные), хронических неспецифических заболеваниях легких,

распространенном атеросклерозе, полицитемии, системном мастоцитозе, карциноидном синдроме.

Язвы желудка и ДПК при болезни Крона представляют собой самостоятельную форму болезни Крона с поражением желудка и ДПК.

Скрининг

Не проводят.

Классификация

Общепринятой классификации не существует.

- В зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H.pylori*:

1. ЯБ, ассоциированная с *H.pylori*

2. ЯБ, не ассоциированная с *H.pylori*

- По локализации:

1. Язва желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала);

2. Язва двенадцатиперстной кишки (луковицы или постбульбарного отдела);

3. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;

- По количеству язвенных поражений:

1. Одиночные язвы

2. Множественные язвы

- По размерам язвенных дефектов:

1. Язвы малые (до 0,5 см в диаметре)

2. Средние (0,6-1,9 см)

3. Большие (2,0-3,0 см)

4. Гигантские (более 3,0 см)

- По стадии заболевания:

1. Обострения

2. Рубцевания (с эндоскопически подтвержденной стадией «красного» и «белого рубца»)

3. Ремиссии

- По течению:

1. Острое (при впервые выявленной язвенной болезни).

2. Хроническое (с повторными обострениями).

Периоды обострения могут быть редкими (1 раз в 2-3 года), частыми (2 раза в год и чаще).

- По наличию осложнений:

1. кровотечение;

2. перфорация;

3. пенетрация;

4. стенозирование;

5. малигнизация.

Клиника

Клиническая картина зависит от локализации язвенного дефекта, его размеров, глубины поражения, состояния секреторной функции желудка, возраста больного. Всегда следует иметь в виду возможность бессимптомного обострения язвенной болезни.

Жалобы:

К типичным жалобам относятся:

Болевой синдром:

1. Локализация:

- преимущественно в центральной части эпигастрия или слева от срединной линии -

при язве тела желудка

- справа от срединной линии - при язве пилорического отдела и луковицы 12-перстной кишки
- за грудиной или слева от нее – при язве кардиального отдела желудка
- в правом подреберье, правой подвздошной области, в спине - при язве постбульбарного отдела.

2. Характер боли:

тупые, ноющие, сверлящие, режущие, схваткообразные, различной интенсивности.

3. Иррадиация боли:

- при патологии кардиального отдела желудка наблюдается распространение болей в левую половину грудной клетки, грудной отдел позвоночника;
- при поражении антрального отдела и пилорического канала боли могут иррадиировать в область правого подреберья

4. Связь с приемом пищи:

- **ранние** – наступают через 0,5-1 ч после еды, длятся в течение 1-1,5 часов и уменьшаются по мере эвакуации содержимого из желудка; характерны для язвы верхних отделов желудка.
- **поздние** – через 1,5-3 ч после еды - язва антрального отдела и 12-перстной кишки
- **голодные боли** возникают через 6-7 ч после еды и проходят после повторного приема пищи
- **ночные боли** – возникают ночью во время сна.

5. Механизм купирования боли

Боли купируются приемом антацидов, молока, после еды (голодные боли), после рвоты.

6. Периодичность развития боли:

Боли носят периодический, чаще сезонный характер.

Наблюдается весенне-осенняя сезонность появления болей с периодами обострения от нескольких дней до 6-8 недель.

Диспепсический синдром

Синдром пищеводной диспепсии:

- изжога
- отрыжка (чаще кислая, но может быть воздушная, горькая)

Синдром желудочной диспепсии:

- _ тошнота (характерна для медиогастральных язв, а также нередко наблюдается при постбульбарных язвах). Возникновение тошноты нехарактерно для язвы луковицы двенадцатиперстной кишки;
- _ рвота (как правило, появляется на «высоте» болей и приносит облегчение). Больные часто сами вызывают рвоту для облегчения своего состояния. Обязательно уточняется наличие эпизодов рвоты с кровью.
- _ желудочное кровотечение (рвота с кровью)
- _ нарушение аппетита («сифофобия»)- страх перед приемом пищи (при язвенной болезни желудка, усиление аппетита – при язве луковицы 12 перстной кишки)

Синдром кишечной диспепсии:

- метеоризм
- нарушение стула (у половины больных возможны запоры)
- _ мелена (при желудочно-кишечных кровотечениях)
- _ **Астено-вегетативный синдром:**
- общая слабость, недомогание, головокружение, сердцебиение.

Диагностика

- _ Клиническое исследование (расспрос, физикальные методы исследования).
- _ ОАК
- _ ОАМ
- _ БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок и фракции, ОХС и

липопротеины (ТГ, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП), глюкоза

_ Анализ кала на скрытую кровь

_ ЭКГ

_ ФГДС

_ Р-графия желудка (при невозможности выполнить ФГДС).

_ Диагностика инфекции *Н. pylori*

_ УЗИ органов брюшной полости (печень, поджелудочная железа, желчный пузырь)

_ Морфологическое исследование биоптатов (при язве желудка)

Дополнительные методы обследования

• Суточная рН-метрия желудка

• Эндоскопическая ультрасонография: при подозрении на эндофитный рост опухоли

• КТ: при необходимости уточнения диагноза (например, при эндофитном росте опухоли).

Физикальное обследование:

1. При **осмотре** больного отмечается:

- астеническое, реже нормостеническое телосложение;

- признаки вегетативной дисфункции с ярким преобладанием тонуса блуждающего нерва: холодные, влажные ладони с «мраморной» кожей.

- язык чистый или обложен;

- живот симметричен, в отсутствие осложнений участвует в акте дыхания.

2. При пальпации: умеренная, а при обострении – выраженная болезненность в эпигастральной области, как правило, локализованная по средней линии или слева от нее – при язве желудка, при язве двенадцатиперстной кишки – больше справа. Также при пальпации отмечается локальная резистентность мышц передней брюшной стенки (более характерна для обострения язвы 12-перстной кишки)

3. Может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области - симптом Менделя (характерна при проникновении язвы в мышечный слой)

Лабораторная диагностика

1. Общий анализ крови при неосложненном течении язвенной болезни чаще всего остается без существенных изменений, иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина и эритроцитов, но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая об явных или скрытых кровотечениях. Лейкоцитоз и ускорение СОЭ встречаются при осложненных формах язвенной болезни (при пенетрации).

2. Анализ кала на скрытую кровь положителен при осложненном течении заболевания (язвенном кровотечении).

Инструментальные исследования

Обязательные методы обследования:

• Эндоскопическое исследование (ЭГДС) подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики. При локализации язвы в желудке проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием полученного материала, что дает возможность исключить злокачественный характер язвенного поражения.

• Рентгенологическое исследование: обнаруживается прямой признак ЯБ – «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, нарушения гастродуоденальной моторики).

• Исследование кислотообразующей функции желудка проводится с помощью рН-метрии (в последние годы – с помощью суточного мониторинга внутрижелудочного рН). При язвах двенадцатиперстной кишки и пилорического канала обычно отмечаются

повышенные (реже – нормальные) показатели кислотной продукции, при язвах тела желудка и субкардиального отдела – нормальные или сниженные.

- УЗИ органов брюшной полости: для исключения сопутствующей патологии.

Диагностика *Helicobacter pylori*

Инвазивные тесты

1. Морфологический метод относится к наиболее распространенным методам первичной диагностики инфекции *H.pylori* позволяет не только с высокой степенью надежности выявить наличие *H.pylori*, но и количественно определить степень обсеменения:

- Гистологический метод. Исследование срезов с окраской по Романовскому-Гимзе, Уортину-Старри

- Цитологический метод – мазки-отпечатки биоптатов слизистой оболочки желудка, окрашенные по Романовскому-Гимзе и Граму.

2. Биохимические методы. Быстрый уреазный тест (в клинической практике широко используются CLO-test, Campy-test) основан на определении изменения pH среды по окраске индикатора, происходящее в результате выделения аммиака при расщеплении мочевины уреазой бактерий. Результаты становятся известными уже через 1 час после получения биоптатов (берут как минимум 2 биоптата из тела желудка и 1 биоптат из антрального отдела). Метод является наиболее дешевым из всех методов диагностики инфекции *H.pylori*. Результаты становятся ложноотрицательными при количестве микроорганизмов *H.pylori* в биоптате $< 10^4$ что может привести к ошибочным заключениям при контроле полноты эрадикации.

3. Микробиологический (бактериологический) метод получения культуры.

H.pylori позволяет определить чувствительность микроорганизмов к антибактериальному препарату. Метод достаточно дорогой, сопряжен с необходимостью наличия специальных сред, оптимальной температуры, влажности, качества атмосферного воздуха и т.д. Результаты приходится ждать, как правило, не менее 10-14 дней. В клинической практике он применяется в основном в случаях инфекции *H.pylori*, резистентной к обычным схемам

антихеликобактерной терапии.

4. Иммуногистохимический метод с применением моноклональных АТ: обладает большей чувствительностью, так как используемые АТ избирательно окрашивают только *H.pylori*. Не используют в рутинной клинической практике.

Неинвазивные тесты

1. Серологический метод, выявляющий антитела к *H.pylori* (чаще используется метод иммуноферментного анализа (ИФА) применяется в основном для скрининговых исследований, не требует проведения эндоскопии, сложных приборов, а также специально обученного персонала.

Метод не пригоден для контроля эффективности эрадикационной терапии, поскольку изменение титра антихеликобактерных антител происходит спустя несколько месяцев после эрадикации.

Не все серологические тесты равноценны. В связи с вариабельностью точности различных коммерческих тестов следует использовать только валидированные IgG серологические тесты (уровень доказательности: 1b, степень рекомендации B).

Валидированный серологический тест с IgG может использоваться в следующих клинических ситуациях: недавнее использование противомикробных и антисекреторных препаратов, язвенное кровотечение, атрофия, злокачественные образования желудка (уровень доказательности: 1b, степень рекомендации B).

2. Радионуклидные методы, самым известным из которых считается дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами ^{13}C или ^{14}C (УДТ). Дыхательный тест считается «золотым стандартом» контроля полноты эрадикационной терапии, поскольку является неинвазивным и отличается высокой чувствительностью.

3. Определение антигена *H. pylori* в кале. Диагностическая ценность УДТ и теста на определение антигена *H. Pylori* в кале одинакова (уровень доказательности: 1a, степень

рекомендации А).

4. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) - определение ДНК *H. pylori* (в слизистой оболочке желудка, слюне и т.д.) - является самым точным на сегодняшний день методом диагностики инфекции *H. pylori*, особенно в тех случаях, когда бактерии приобретают кокковидную форму (например, после курса антибактериальной терапии) и когда другие методы диагностики (в частности, быстрый уреазный тест) дают ложноотрицательные результаты.

Дифференциальная диагностика

- Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки:

- В анамнезе прием НПВП, глюкокортикоидов, антикоагулянтов, кофеинсодержащих препаратов.

- Тяжелый стресс при обширных ожогах, тяжелых травматических операциях, инфаркте, патологии ЦНС.

- Гиперпаратиреоз, тяжелая патология внутренних органов.

- Развиваются остро, проявляясь иногда внезапным желудочно-кишечным кровотечением или прободением язв.

- Протекают с нетипичными клиническими проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности).

- Язвы при синдроме Золлингера-Эллисона:

- Отличаются крайне тяжелым течением, множественной локализацией (нередко даже в тощей кишке), упорными поносами.

- Отмечается резко повышенный уровень желудочного кислотовыделения (особенно в базальных условиях).

- Определяется увеличенное содержание гастрина в сыворотке крови (в 3-4 раза по сравнению с нормой).

- Положительные провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном и др.).

- Выявление гастриномы поджелудочной железы при УЗИ, РКТ, МРТ.

- Язвы у больных гиперпаратиреозом:

- Отличаются тяжелым течением, с частыми рецидивами, склонностью к кровотечениям и перфорации.

- Наличие признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечная слабость, боли в костях, жажда, полиурия).

- Диагноз ставится на основании изучения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, выявления признаков гипертиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств.

- Малигнизация язвы и первично-язвенная форма рака желудка:

- Возраст старше 40 лет, анамнез болезни менее 2 лет.

- Сниженный, извращенный аппетит

- Прогрессирующее снижение массы тела, кахексия

- Постоянные ноющие боли без сезонности и периодичности

- Диффузная болезненность при пальпации

- Прогрессирующая анемия, увеличенное СОЭ, гистаминустойчивая ахлоргидрия.

- Очень большие размеры язвы, локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, неправильная форма язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, инфильтрация слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления.

- Окончательное заключение о характере язвенного поражения выносится после гистологического исследования биоптатов язвы. С учетом возможности ложноотрицательных результатов биопсии следует проводить повторно, вплоть до полного заживления язвы, с взятием при каждом исследовании не менее 3-4 кусочков ткани.

Лечение

Лечение состоит из трех этапов:

1. Терапия в период обострения, направленная на ликвидацию клинических проявлений и ускорение заживления язвы.
2. Реабилитация, начинающаяся с первого периода и продолжающаяся до восстановления структурно-функциональных нарушений гастродуоденальной системы.
3. Профилактические мероприятия по предупреждению рецидивов в период стойкой ремиссии

Лечение обострений ЯБ

Больные с неосложненным течением язвенной болезни подлежат амбулаторному лечению.

Цели лечения:

1. Эрадикация *H. pylori*
2. Быстрая ликвидация симптоматики заболевания
3. Достижение стойкой ремиссии
4. Предупреждение развития осложнений

Немедикаментозное лечение

Режим

Больным необходимо обеспечить охранительный режим с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, прекратить курение и употребление алкоголя.

Диета

В основу ее положены принципы механического, химического и термического щажения желудка. Исключаются продукты, усиливающие выделение желудочного сока: мясные, рыбные и грибные бульоны, острые, соленые, кислые, маринованные, копченые продукты, маринады, жареное мясо, свиное и баранье сало, пряности и специи (горчица, перец и др.), газированная вода, крепкий чай, кофе, шоколад, молоко.

Не следует употреблять продукты с большим количеством клетчатки (репу, брюкву, редис).

Диета должна быть полноценной по составу, содержать достаточное количество белка, витаминов, микроэлементов.

Питание должно быть частым (4-5 раз в день), необходимо не допускать длительных голодных промежутков, еды всухомытку.

В период резкого обострения рекомендуется:

- Слизистые супы из рисовой, овсяной, манной и перловой круп (с добавлением яиц, сливочного масла)
- паровые суфле из нежирной говядины, телятины, свинины или кролика, курицы или индейки, а также из трески, щуки, серебристого хека; суфле включается в рацион 1 раз день
- Каши жидкие, протертые из рисовой крупы, овсяной, манной или гречневой круп, рисовой или гречневой крупы.
- Яйца всмятку, паровой омлет
- Кисели и желе из сладких сортов фруктов и ягод
- Некрепкий чай, отвар шиповника, сладкие фруктово-ягодные соки
- Сливочное масло (добавляют в готовые блюда)
- Из рациона исключают хлеб и хлебобулочные изделия

Прочие рекомендации

Следует убедиться, что пациент не применяет НПВП (в том числе анальгетики или ацетилсалициловую кислоту). При необходимости их длительного применения следует уменьшить дозу препарата или заменить его на другой.

Фармакотерапия

Поскольку абсолютное большинство язв ассоциировано с *H.p*-инфекцией то основой лечения ЯБ, как в период обострения, так и в период ремиссии, является эрадикация *H.p*.

Показаниями для **обязательного** проведения эрадикационной терапии ***H. pylori*** служат:

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, в стадии обострения и ремиссии заболевания. При осложненных формах язвенной болезни, в первую очередь кровотечении, эрадикационная терапия *H. pylori* должна быть начата максимально рано после устранения непосредственной опасности для жизни пациента.

2. MALT-лимфома желудка.

3. Гастропатия, индуцированная приемом НПВС. Успешная эрадикация *Helicobacter pylori* снижает риск неосложненных и осложненных гастродуоденальных язв при приеме НПВС и аспирин, в том числе в низких дозах. Эрадикация *Helicobacter pylori* обязательна больным, которым планируется длительное назначение НПВС и аспирин, с анамнезом язвенной болезни, особенно, осложнений этого заболевания. Однако, только эрадикация *Helicobacter pylori* не исключает полностью риск гастродуоденальных язв у больных, длительно принимающих НПВС.

4. Состояние после операции по поводу рака желудка и после эндоскопической резекции ранних злокачественных новообразований желудка.

Наличие эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* **желательно при следующих заболеваниях и состояниях, так как положительный эффект такого лечения доказан:**

1. Хронический гастрит, вызванный инфекцией *H. pylori* в том числе атрофический гастрит.

2. Необходимость длительного приема ингибиторов протонной помпы, например при эрозивной форме ГЭРБ. Наличие или отсутствие *H. pylori* не оказывает влияния на выраженность симптомов, на рецидив симптомов и эффективность лечения ГЭРБ. Несмотря на то, что эпидемиологические исследования показывают отрицательную связь между частотой *Helicobacter pylori* и ГЭБ и аденокарциномы пищевода, инфекцию и в этом случае не следует расценивать как протективный эффект.

3. Аутоиммунная тромбоцитопения.

4. Железодефицитная анемия (при отсутствии других причин).

5. Желание пациента, в том числе имеющего близких родственников, страдающих раком желудка (после консультации врача и отсутствии противопоказаний).

В соответствии с Рекомендациями Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у взрослых (2012г.), основанными на Утверждениях Маастрихтских соглашений (Маастрихт-4, сентябрь 2011г.) в качестве терапии первого выбора рекомендованы следующие препараты:

■ Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в сутки (рабепразол 20 мг 2 раза в сутки, или омепразол 20 мг 2 раза в сутки, или эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки, или лансопразол 30 мг 2 раза в сутки, или пантопразол 40 мг 2 раза в сутки).

■ Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

■ Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день.

Антибиотики назначают на 7-14 дней.

Если больной принимал ИПП, то их прием необходимо исключить за 2 недели до проведения инвазивных (уреазного, гистологического, бактериологического) и неинвазивных (определение антигена *H. pylori* в кале) тестов на выявление *H. pylori* (уровень доказательности: 1b, степень рекомендации В). Если это невозможно, может быть проведена валидированная серология (серологический метод, выявляющий антитела к *H. pylori*) (уровень доказательности: 2b, степень рекомендации В).

В регионах или популяциях с высокой резистентностью к кларитромицину, перед назначением тройной терапии первой линии, включающей кларитромицин, необходимо проводить культуральное исследование и стандартное определение чувствительности к антибиотикам (уровень доказательности: 5, степень рекомендации D).

Если проведение стандартного теста чувствительности к антибиотикам невозможно, для определения резистентности *H. pylori* к кларитромицину и /или фторхинолонам могут использоваться молекулярные тесты, которые выполняются на гастробиоптате) (уровень доказательности: 1b, степень рекомендации А). При проведении культурального исследования *H. pylori* стандартный тест по определению резистентности к антибиотикам должен включать метронидазол (уровень доказательности: 1b, степень рекомендации А). Если резистентность к кларитромицину оценивается при помощи

молекулярных тестов, проведение культурального исследования для определения резистентности к метронидазолу не рекомендуется (уровень доказательности: 5, степень рекомендации D).

Применение стандартной трехкомпонентной схемы позволяет добиться успеха лишь в 70% случаев, поэтому не следует назначать трехкомпонентную терапию, включающую ИПП и кларитромицин без предварительного определения чувствительности к антибиотикам (АБ) в регионах, где уровень резистентности к кларитромицину превышает 15-20% (уровень доказательности: 5, степень рекомендации D). В этом случае, в качестве схемы первой линии может быть использована квадротерапия с препаратом висмута (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А).

■ Ингибитор протонной помпы (омепразол 20 мг-2 раза в сутки, или лансопразол 30 мг – 2 раза в сутки, или рабепразол 20 мг- 2 раза в сутки, или эзомепразол 20 мг – 2 раза в сутки, или пантопразол 40 мг - 2 раза в сутки

■ Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки

■ Тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки

■ Метронидазол 250 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней.

В регионах с высокой резистентностью к кларитромицину при неэффективности четырехкомпонентной терапии с препаратом висмута показана трехкомпонентная схема, включающая левофлоксацин (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А).

Если применение такой схемы невозможно, показана «последовательная терапия» или четырехкомпонентная терапия без препаратов висмута, включающая 3 антибиотика (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А).

В регионах, где уровень резистентности к кларитромицину низкий, схема с кларитромицином является рекомендованной эмпирической терапией первой линии (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А).

Схемы: ингибитор протонной помпы + кларитромицин+ амоксициллин и ингибитор протонной помпы + кларитромицин+ метронидазол эквивалентны (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А).

Меры, позволяющие увеличить эффективность стандартной тройной терапии:

1. Назначение дважды в сутки высокой дозы ИПП (удвоенной по сравнению со стандартной) (уровень доказательности: 1b, степень рекомендации А).

2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином с 7 до 10-14 дней (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А).

3. Добавление к стандартной тройной терапии препарата висмута трикалия дицитрат (ВТД) в дозе 240 мг 2 раза/сутки;

Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика *Saccharomyces boulardii* (уровень доказательности: 5, степень рекомендации В).

4. Подробное инструктирование пациента и контроль за ним для обеспечения точного соблюдения назначенного режима приема лекарственных средств.

Протокол эрадикационной терапии предполагает обязательный контроль ее эффективности, который проводят через 4-6 недель после окончания курса антибиотиков и ИПП. Для оценки эффективности эрадикации рекомендовано применение УДТ или валидированный лабораторный метод анализа кала на антигены *H. pylori* с использованием

моноклональных антител. Использование серологических методов не рекомендуется (уровень доказательности: 2b, степень рекомендации В).

При неэффективности терапии первой линии рекомендуется назначение терапии второго выбора (квадротерапии) (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А):

■ Ингибитор протонного насоса (омепразол 20 мг-2 раза в сутки, или лансопразол 30 мг – 2 раза в сутки, или рабепразол 20 мг- 2 раза в сутки, или эзомепразол 20 мг – 2 раза в сутки, или пантопразол 40 мг - 2 раза в сутки

■ Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки

■ Тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки

■ Метронидазол 250 мг 4 раза в сутки или тинидазол 250 мг 4 раза в сутки в течение 10

дней.

Либо, тройная терапия с левофлоксацином (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А) :

- Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в сутки
- Левофлоксацин 500 или 250 мг 2 раза в сутки
- Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

Длительность терапии – 10 дней.

При аллергических реакциях на пенициллин в регионах с низким уровнем резистентности к кларитромицину в качестве терапии первой линии может быть назначена схема: ИПП + К + М, в регионах с высоким уровнем резистентности к кларитромицину – четырехкомпонентная терапия с препаратами висмута. В качестве дополнительной альтернативы при аллергических реакциях на пенициллин («терапия спасения») в регионах с низким уровнем резистентности к фторхинолонам может использоваться схема ИПП + К + Левофлоксацин (уровень доказательности: 2с, степень рекомендации В).

Возможно применение последовательной терапии, как альтернативного варианта лечения:

Пациент получает первые 5 дней - ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в сутки и амоксициллин (1000 мг - 2 раза в сутки).

Затем в последующие 5 дней - ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг – 2 раза в сутки и метронидазол или тинидазол (500 мг – 2 раза в сутки) (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А).

Учитывая вариабельность клинической ситуации и доступность антибиотиков, по терапии третьего выбора нет конкретных рекомендаций, кроме обязательного определения микробной чувствительности к антибактериальным препаратам (уровень доказательности: 4, степень рекомендации А).

С целью уменьшения риска развития дисбиоза кишечника показано назначение пробиотиков (линекс по 2капс 3 раза в сутки, бифиформ по 1-2 раза в сутки) лучше принимать после курса антибиотикотерапии, курс 14 дней (уровень доказательности: 5, степень рекомендации D).

При отсутствии *H. pylori* больным язвенной болезнью желудка назначают базисную терапию ингибиторами протонного насоса.

- рабепразол в дозе 20 мг – 2 раза /сутки
- эзомепразол в дозе 20 мг - 2 раза /сутки
- омепразол в дозе 20 мг – 2 раза /сутки
- лансопразол в дозе 30 мг- 2 раза /сутки
- пантопразол в дозе 40мг – 2 раза /сутки.

Длительность курсового лечения при неосложненной ЯБДК составляет обычно 2-4 недели дней (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А), при осложненной ЯБДК – 4-6 недель, при ЯБЖ - 6-8 недель (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А), вплоть до исчезновения симптоматики и заживления язвы.

При язвенном кровотечении эрадикационную терапию *H.pylori* следует начинать с возобновления парентерального питания (уровень доказательности: 1а, степень рекомендации А).

Антациды

Наиболее широкое применение в комплексной терапии имеют невсасывающиеся комбинированные алюминий - и магнийсодержащие антациды.

Препараты необходимо принимать по 1 таблетке (1ст.л.) через 1,5-2 часа после еды (3-4 раза в день) и перед сном, продолжительностью 10-14 дней (уровень доказательности:

5, степень рекомендации D).

Для профилактики обострений (особенно если пациент имеет высокий риск рецидива язвы: например, постоянно принимает НПВП) рекомендуют два вида терапии:

- Непрерывную

поддерживающий прием ИПП в половинных суточных дозах на протяжении длительного времени.

□ Профилактическую терапию «по требованию», предусматривающую при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни, прием одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель. При отсутствии эффекта или при рецидивировании симптомов ЯБ после отмены данной терапии рекомендуется провести эзофагогастродуоденоскопию.

Инфекция *H.pylori* ассоциирована с увеличением риска неосложненных или осложненных язв желудка и ДПК у пациентов, принимающих НПВС или аспирин (АСК) в низких дозах (уровень доказательности: 2a, степень рекомендации В). Эрадикация снижает риск развития неосложненных или осложненных язв желудка и ДПК у пациентов, принимающих НПВС или аспирин в низких дозах (уровень доказательности: 1b, степень рекомендации А). Эрадикация *H.pylori* оказывает благоприятное воздействие перед началом приема НПВС. Эрадикация абсолютно показана всем пациентам с ЯБ в анамнезе (уровень доказательности: 1b, степень рекомендации А). Однако, эрадикация *H.pylori* не снижает частоту язв желудка и ДПК у пациентов, уже принимающих НПВС в течение длительного времени. В этом случае помимо эрадикации показан длительный прием ИПП (уровень доказательности: 1b).

Метаанализ показал, что эрадикация *H.pylori* менее эффективна для профилактики НПВС-ассоциированных язв, чем поддерживающая терапия ИПП

Осложнения язвенной болезни:

- 1 Кровотечения из язвы
- 2 Перфорация язвы
- 3 Пенетрация язвы
- 4 Стеноз привратника и 12-перстной кишки
- 5 Малигнизация язвы желудка

Кровотечение

Язвенная болезнь осложняется кровотечением у каждого десятого больного. Язвы 12-перстной кишки кровоточат в 4-5 раз чаще.

Основные симптомы:

1. кровавая рвота желудочное содержимое имеет вид кофейной гущи (за счет соляно-кислого гематина) Характерен симптом Бергмана (внезапное исчезновение болевого синдрома)

2. Дегтеобразный стул (мелена): черный, неоформленный, блестящий, липкий.

3. Общие симптомы острой кровопотери:

При кровопотере 400-500 мл (10 % ОЦК) может наблюдаться легкая тошнота, сухость во рту, общая слабость, тенденция к снижению АД.

Кровопотеря 700-1300 мл (15-25% ОЦК) вызывает развитие 1 ст. геморрагического шока (компенсированного): бледность кожных покровов, сознание не нарушено, тахикардия 90-100 ударов в минуту, снижение АД, олигурия.

При кровопотере 1300-1800 мл (25-45% ОЦК) развивается декомпенсированный обратимый геморрагический шок: бледность и цианоз кожи, одышка, тахикардия 120-140 ударов в минуту, АД ниже 100 мм рт.ст., олигурия, сознание сохранено.

Кровопотеря 2000-2500 мл (50 % ОЦК) вызывает развитие декомпенсированного необратимого геморрагического шока: отсутствие сознания, одышка, кожа бледная, покрыта липким потом, тахикардия более 140 уд. в минуту, систолическое АД может не определяться, олигоанурия.

Дополнительные методы обследования:

1.ОАК: снижение гемоглобина и эритроцитов.

2.ЭГДС: является основным методом диагностики. Эндоскопические признаки кровотечения из пептической язвы (Forrest 1974 г.):

Тип 1- активное кровотечение: 1a- пульсирующей струей; 1b- потоком.

Тип 2- признаки состоявшегося кровотечения: 2а-видимый некровотокающий сосуд; 2в-фиксированный тромб-сгусток; 2с- плоское черное пятно.

Тип3- язва с чистым (белым) дном.

3. ЭКГ: синусовая тахикардия, экстрасистолия, возможно снижение интервала ST книзу от

изолинии, у пожилых - ишемические изменения в миокарде.

4. Рентгенография органов грудной клетки: признаки отека легких при тяжелой степени геморрагического шока.

Лечебная тактика:

1. Неотложные мероприятия:

-обеспечение проходимости дыхательных путей (положение на боку, введение назогастрального зонда).

-пузырь со льдом на область живота, внутрь - небольшие кусочки льда;

-восстановление ОЦК (переливание физиологического раствора);

-эндоскопическая электро-, диатермо- и лазерная коагуляция кровоточащего сосуда;

-при невозможности проведения ЭГДС выполняют промывание желудка ледяной водой, внутривенное введение антисекреторных препаратов (40 мг омепразола, 20 мг фамотидина 2-4 раза в сутки), внутривенно капельно вводят 100,0-200,0 мл 5% раствора эпислон-аминокапроновой кислоты, внутривенно струйно 5,0-10,0 мл 10% раствора хлористого кальция.

2. Лечение основного заболевания, вызвавшего кровотечение.

3. Профилактика рецидива кровотечения: применение антисекреторных препаратов (ИПП,

антациды, H₂-блокаторы), цитопротекторов (сукральфат по 0,5-1,0г. 4 раза в сутки, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки).

Перфорация язвы

Типичная перфорация язвы (в свободную брюшную полость). Выделяют 3 периода:

1. Период болевого шока:

-внезапно появляется сильная, жестокая, «кинжальная» боль в животе;

-вынужденное положение (на спине или на боку с приведенными к животу ногами);

-лицо больного бледное с пепельно-цианотичным оттенком, испарина на лбу, руки и ноги холодные;

-дыхание поверхностное учащенное, брадикардия;

-«доскообразное» напряжение передней брюшной стенки;

-положительный симптом Щеткина-Блюмберга;

-симптом Жобера (тимпанит над областью печени);

2. Период мнимого благополучия (развивается через несколько часов после перфорации):

-боли в животе уменьшаются или исчезают;

-эйфория;

-язык и губы сухие;

-тахикардия, снижение АД;

-напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, уменьшение печеночной тупости, парез кишечника;

3. Развитие перитонита.

Прикрытая перфорация язвы. Выделяют 3 фазы:

1 фаза - прободение язвы: кинжальная боль в эпигастрии, локальное напряжение мышц передней брюшной стенки.

2 фаза - затихание клинической симптоматики: уменьшение боли и напряжения мышц передней брюшной стенки; характерно отсутствие газа в свободной брюшной полости.

3 фаза - осложнения: ограниченные абсцессы брюшной полости, иногда - разлитой перитонит.

Дополнительные методы обследования:

1. ОАК: лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ;

2. БАК: повышение билирубина, АЛТ;

3. Обзорная рентгенография брюшной полости: наличие газа в виде серпа под диафрагмой справа;
 4. УЗИ органов брюшной полости: воспалительный инфильтрат в брюшной полости при прикрытой перфорации или в забрюшинной области при перфорации в эту зону;
 5. ЭКГ: диффузные изменения в миокарде.
- Лечебная тактика:
экстренная госпитализация в хирургический стационар, хирургическое лечение.

Пенетрация язвы

Клинические проявления:

1. Боли в эпигастрии становятся интенсивными и постоянными, теряют суточный ритм и связь с приемом пищи. При пенетрации в поджелудочную железу боль иррадирует в правую, реже - в левую поясничную область, в спину, или приобретает опоясывающий характер. При пенетрации язвы желудка в малый сальник боль иррадирует вверх и вправо. При пенетрации постбульбарной язвы в брыжейку толстой кишки боль иррадирует вниз к пупку;
2. Выраженная локальная болезненность и воспалительный инфильтрат в проекции пенетрации;
3. Симптомы поражения тех органов, в которые пенетрирует язва;
4. Субфебрильная температура тела.

Дополнительные методы обследования:

1. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;
2. ФГДС: круглые или полигональные края язвы, возвышающиеся в виде вала, глубокий кратер язвы;
3. рентгеноскопия желудка: увеличение глубины язвы, ограничение подвижности зоны расположения язвы;
4. лапароскопия: припаянность к желудку или к 12-перстной кишке органа, в который пенетрировала язва;
5. УЗИ органов брюшной полости: изменение акустической картины печени или поджелудочной железы.

Лечебная тактика:

экстренная госпитализация в хирургический стационар, хирургическое лечение.

Стеноз привратника и 12-перстной кишки

Клинические стадии течения:

1. Компенсированный стеноз:

- чувство переполнения в эпигастриальной области после еды;
- изжога, отрыжка кислым и рвота пищей, приносящая облегчение;
- при рентгенологическом исследовании определяется высоко начинающаяся усиленная сегментирующая перистальтика желудка, существенного замедления опорожнения желудка нет.

2. Субкомпенсированный стеноз:

- обильная рвота пищей, съеденной накануне, приносящая облегчение;
- отрыжка тухлым;
- боли и чувство распираания в эпигастрии после приема небольшого количества пищи;
- перистальтические волны в проекции желудка; - опущение нижней границы желудка, шум плеска натошак;
- при рентгенографии: умеренное расширение желудка, задержка контрастного вещества более 6 часов

3. Декомпенсированный стеноз:

- частая рвота, не приносящая облегчения;
- постоянная отрыжка тухлым;
- чувство переполнения желудка;
- прогрессирующее истощение;
- признаки дегидратации и электролитных нарушений;

- постоянно определяющийся шум плеска;
- очень низко расположенная нижняя граница желудка.

Дополнительные методы обследования:

1. ОАК: анемия, при прогрессировании- повышение количества эритроцитов (за счет сгущения крови), ускорение СОЭ;
2. БАК: снижение общего белка и альбумина, электролитные нарушения;
3. ЭКГ: выраженные диффузные изменения в миокарде, признаки гипокальциемии, гипонатриемии;
4. ФГДС;
5. Рентгеноскопия желудка.

Малигнизация язвы

Симптомы:

- постоянная боль в эпигастрии, усиливающаяся в ночное время, иррадиирующая в спину; исчезает симптом локальности боли при пальпации;
- прогрессирующее падение массы тела больного,
- исчезновение аппетита;
- немотивированная слабость;

Дополнительные методы обследования:

1. ОАК: прогрессирующая анемия, стойкое увеличение СОЭ;
2. анализ кала на скрытую кровь: постоянно положительная реакция Грегерсена;
3. ФГДС с гистологическим исследованием биоптатов: язва неправильной формы, с неровными, нечеткими краями; дно язвы бугристое, плоское, неглубокое, покрыто сероватым налетом; диффузная инфильтрация и деформация стенки желудка в зоне язвы; ригидность и повышенная кровоточивость при проведении биопсии;
4. рентгеноскопия желудка: широкий вход в язвенный кратер, атипичный рельеф слизистой вокруг «ниши», исчезновение складок и перистальтики в зоне поражения, вал инфильтрации вокруг язвы превышает диаметр кратера, появление дефектов наполнения.

Показания к консультации гастроэнтеролога

- __ - сохранение клинически выраженных симптомов заболевания
- __ - длительно нерубцующиеся язвы
- __ - неэффективность проведенной эрадикации

Показания к консультации хирурга

- __ – длительно нерубцующиеся язвы
- __ – “гигантские” язвы
- __ – осложнённые язвы (кровотечения, пенетрация, перфорация, малигнизация)

Показания к госпитализации:

1. больные с осложненным и часто рецидивирующим течением заболевания;
2. больные язвой желудка, если нет возможности провести квалифицированное исследование гастробиоптата;
3. больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом, или болевым синдромом, который не купируется в течение недели амбулаторного лечения;
4. больные с гастродуоденальными язвами, развившимися у ослабленных больных или на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний;
5. при невозможности организовать лечение больного и контроль за заживлением язвы в поликлинических условиях;
6. военнослужащие срочной службы;

Профилактика

Стратегия борьбы с факторами риска является основой профилактики развития

заболевания и его обострения, а также развития осложненных форм. Приоритетным направлением профилактики является: отказ от курения и приема алкоголя, борьба со стрессовыми факторами, а также лечение обострений до достижения эрадикации инфекции *H.pylori*.

Прогноз

Прогноз также определяется успешностью проведенной эрадикации инфекции *H.pylori*, обуславливающей безрецидивное течение заболевания у большинства больных. Ликвидацию *H.pylori* следует рассматривать как достоверно эффективную меру профилактики рецидивов и осложнений ЯБ.

Литература:

1. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение. Под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. – М.: Миклош, 2017.
2. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
3. Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: рекомендации Консенсуса Маастрихт III и комментарии. Пособие для врачей. – Витебск: Издательство ВГМУ, 2017.
4. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под редакцией акад. РАМН В.Т. Ивашкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 700с.
5. Шавкута Г.В. Язвенная болезнь: вопросы этиологии, клиники, диагностики, лечения. Учебное пособие. Изд. РостГМУ, 2018 г. .28 с.
6. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание. Под редакцией акад. РАМН В.Т. Ивашкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.462 с.
7. Справочник Видаль. 2017 г. 1728 с.
8. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению *Helicobacter pylori* у взрослых. / Российский журн. гастроэнт, гепатол. и колопрокт . № 1. Том XXII. 2016. С. 87 – 89.

9. Актуальные вопросы деятельности врача первичного звена здравоохранения. Учебное пособие. Под редакцией проф. Шавкуты Г.В. – Ростов-на-Дону. Изд. РостГМУ. 2016. 800 с.
10. Синкевич Д.А. Маастрихт-4. Диагностика и лечение *Helicobacter pylori*, 2017. [http:// atio-irk.ru](http://atio-irk.ru)__