

Клинические рекомендации

Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем: K25, K26

Возрастная группа: дети

Год утверждения: 202_

Разработчик клинической рекомендации:

- Союз педиатров России
- Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ)
-

Оглавление

Список сокращений	3
Термины и определения	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	10
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	11
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	12
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	14
2.1 Жалобы и анамнез.....	14
2.2 Физикальное обследование.....	14
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	15
2.4 Инструментальные диагностические исследования	17
2.5 Иные диагностические исследования	19
2.5.1 Дифференциальная диагностика	19
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	19
3.1 Консервативное лечение	19
3.1.1 Диетотерапия	19
3.1.2 Медикаментозная терапия.....	20
3.2 Хирургическое лечение.....	23
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	24
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	24
5.1 Профилактика.....	24
5.2 Диспансерное наблюдение.....	25
6. Организация оказания медицинской помощи.....	25
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	26
7.1 Исходы и прогноз	26
7.2 Осложнения	26
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	27
Список литературы	28
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	33
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	34
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	38
Приложение А3.1 Документы и ресурсы, использованные при подготовке клинических рекомендаций	38
Приложение А3.2 Примеры диагнозов.....	39

Приложение А3.3 Эндоскопическая картина стадий язвенного поражения	40
Приложение А3.4 Расшифровка примечаний	41
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	42
Приложение В. Информация для пациентов	43
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	45

Список сокращений

- АБС – абдоминальный болевой синдром
АД - артериальное давление
АЛТ – аланинаминотрансфераза
АСТ – аспаргатаминотрансфераза
АФК – активные формы кислорода
БУТ – быстрый уреазный тест
ВОПТ – верхние отделы пищеварительного тракта
ДПК - двенадцатиперстная кишка
ЖКТ - желудочно-кишечный тракт
ИПН - ингибиторы протонного насоса
ЛФК – лечебная физкультура
НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты
НР - *Helicobacter pylori*
СО - слизистая оболочка
УЗИ - ультразвуковое исследование
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ - электрокардиография
Эхо-КГ - эхокардиография
ЯБ - язвенная болезнь
ЯБДПК - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
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

Термины и определения

Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группе заболеваний или состояний)

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое мультифакторное заболевание, проявляющееся образованием язвенных дефектов в желудке и/или двенадцатиперстной кишке (ДПК) с возможным прогрессированием и развитием осложнений.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Патогенез ЯБ сводится к нарушению равновесия между факторами защиты слизистой оболочки желудка и ДПК и агрессивными свойствами желудочного и дуоденального содержимого [1]

Основными факторами, усиливающими агрессивные свойства желудочного и дуоденального содержимого, являются:

- увеличение массы обкладочных клеток желудка (часто является наследуемым);
- гиперпродукция гастрина;
- нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочной кислотопродукции;
- повышение выработки пепсиногена;
- нарушение гастродуоденальной моторики (замедление или ускорение);
- заброс желчи в желудок;

Основными факторами, ослабляющими защитные свойства слизистой оболочки желудка и ДПК являются:

- нарушение клеточной регенерации;
- нарушение местного кровотока (локальная ишемия);
- снижение продукции слизи и интенсивности муцинообразования и продукции сиаловых кислот;
- снижение продукции бикарбонатов поджелудочной железой;
- антродуоденальный кислотный тормоз;
- уменьшение содержания простагландинов в слизистой оболочке желудка и ДПК;
- прием препаратов групп «Другие анальгетики и антипиретики» и/или «Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты» (нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП).

Кроме НПВП причиной развития язвенного процесса является прием стероидных препаратов, цитостатических и иммуносупрессивных препаратов. [2]

Отдельным фактором, влияющим на снижение защитных свойств слизистой оболочки и повышение активности факторов агрессии, является нарушение муцинового микробиоценоза в следствии течения хронического воспалительного процесса под действием инфекционных факторов - *Helicobacter pylori*, *Candida albicans*, герпес-вирусы (HHV 1 и 2 типа, EBV, CMV).

Большое значение в развитии ЯБ имеет наследственная предрасположенность: при ЯБЖ она составляет 15-40%, а при ЯБДПК она может достигать 60-80%. [3]

Выделяют ряд наиболее важных этиологических факторов развития ЯБ:

1. Наследственно-генетические – ассоциированы с увеличением желудочной кислотопродукции (генетически детерминированное увеличение массы обкладочных клеток и гиперактивностью секреторного аппарата СО); увеличением уровня гастрина и пепсиногена (сывороточного пепсиногена I), которое передаётся по аутосомно-доминантному типу; дефектом слизиобразования СОЖ и СОДК, проявляющимся в виде дефицита мукополисахаридов, в том числе фукогликопротеинов, синдронохондроитинсульфатов и глюкозаминогликанов; наличием определенных фенотипических полиморфизмов (группа крови I и II, отрицательный Rh-фактор, определенные виды HLA антигенов);

В формировании ЯБ имеет значение полиморфизм генов матриксных металлопротеиназ-1, -3, -9 и тканевого ингибитора металлопротеиназ-3, носительство 607С- и -251Т/А-аллелей гена провоспалительного IL-8, полиморфизм HLA – (HLA-DQB1*0602, DQB1*0301), особенности строения TLR-9 и TLR-4, белка теплового шока 70-2. [4, 5, 6]

2. Нейропсихические - связаны с психотравмами, устойчивыми стрессами, в том числе конфликтами в семье. Выявляются особенности реагирования нервной системы больных с ЯБ (астенический и астеноневротический, ипохондрический, депрессивный синдромы), интраверсия и экстраверсия, эмоциональная неустойчивость, дистимические расстройства;

3. Нейроэндокринные – реализуются факторами APUD-системы (гастрин, бомбезин, соматостатин, секретин, холецистокинин, мотилин, энкефалины, ацетилхолин), мелатонин;

4. Алиментарные – ассоциированы с нерегулярным приёмом пищи, употреблением жареной, копчёной пищи, продуктов с большим содержанием соли, экстрактивных веществ, ксенобиотиков (консервантов, усилителей вкуса и др.);

5. Инфекционные – связаны с инфицированием *Helicobacter pylori*, персистенцией герпес вирусной инфекции (ЦМВ, ЭБВ, ВГЧ 1 и 2 типа) и *Candida albicans*. *H.pylori* была выделена в 1983 году В.Marshall и J.Warren, а позднее была доказана роль этой бактерии в том числе и в развитии язвенной болезни. Доказано как прямое повреждающее действие *H.pylori* на слизистую оболочку желудка и ДПК за счет выработки комплекса ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы) и цитотоксинов (VacA, CagA), так и опосредованное повреждение слизистой оболочки за счет высвобождения интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухоли с развитием воспалительных процессов. Развитие в процессе персистенции в слизистой и подслизистой оболочках желудка и ДПК *H.pylori* приводит к формированию хронического гастрита и дуоденита с повышением продукции гастрина, усиливающего секрецию соляной кислоты. В то же время, избыточное закисление ДПК соляной кислотой при относительном дефиците панкреатических бикарбонатов, приводит к поддержанию воспалительного процесса в ДПК (прежде всего в луковице), появлению участков метаплазии слизистой оболочки ДПК с замещением кишечного эпителия на желудочный, который в свою очередь заселяется *H.pylori*. В дальнейшем при персистенции *H.pylori* именно на участках с метаплазией эпителия желудочного типа формируются язвенные дефекты. По аналитическим данным у детей до 18 лет обсеменённость слизистой оболочки антрального отдела желудка *H.pylori* при ЯБДК (при наличии язвы) отмечается у 33-100% (медиана 92%), при ЯБЖ – у 11-75% (медиана 25%), а связь обсеменённости *H.pylori* с рецидивом язвенного процесса – от 0 до 81% случаев (медиана 22%). [7]

Более 2/3 детей развивающихся стран инфицируются до 2 летнего возраста и распространённость инфекции достигает 80-100% при этом наиболее важными факторами распространения являются плохие социально-экономические условия и плохое гигиеническое состояние. [8, 9]

По данным зарубежных авторов, риск развития ЯБДК или ЯБЖ у инфицированных *H.pylori* в течение жизни варьирует от 3% в США до 25% в Японии [10];

Представители *Prevotella spp.* и *Streptococcus spp.* в составе бактериальных сообществ могут принимать участие в развитии гастродуоденальной патологии. [11]

6. Иммунные – обусловлены влиянием иммунных факторов в развитии заболевания и связаны как с дефектами иммунной реактивности организма (наследственной или приобретённой природы), так и воздействием на иммунную систему факторов патогенности *H.pylori* и расстройством микробиоты верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ). Исследования состояния иммунной системы у детей с

ЯБДК, ассоциированной с *H. pylori* инфекцией, выявили наличие нарушений иммунного статуса, связанных с дисбалансом в системе цитокинов (IL-1, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, TGF- β , IFN- γ), повышением уровня IgG-антител к тканевым (органоспецифическим и органонеспецифическим) и бактериальным антигенам, усилением продукции нейтрофилами активных форм кислорода (АФК). Выявленная у детей с ЯБДК продукция антител класса IgG к структурам тканей организма (эластину, коллагену, денатурированной ДНК) и к антигенам тканей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – к антигенам желудка, тонкой и толстой кишки, поджелудочной железы, может служить указанием на развитие аутоиммунного процесса при обострении ЯБДК у детей. Выработка аутоантител к тканям желудка при инфицировании *H.pylori* доказана и у взрослых. Усиление продукции АФК нейтрофилами детей с ЯБДК указывает на участие секретируемых нейтрофилами токсических веществ в деструктивном процессе при ЯБДК. [12]

Выделяется особая форма первичной ЯБ, называемая «идиопатической», развитие которой не ассоциировано с доказанным инфекционным процессом. Распространённость этой формы ЯБ по данным различных авторов колеблется от 39% до 73%. Причина развития язвенного процесса у этих больных до конца не выяснена и возможно связана с нарушением процессов нейро-гуморально-эндокринно-иммунной регуляции СО ЖКТ.

Таким образом, формирование ЯБ или возникновение рецидива заболевания может быть связано с течением *H.pylori* инфекции, персистированием герпетической инфекции, воздействием изменённых сигнальных систем на местном и системном уровне, нарушением баланса между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки ВОПТ. Наличие индивидуальных особенностей естественной резистентности слизистой оболочки, в том числе и к *H.pylori*, позволяет нейтрализовать или уменьшить «агрессивность» триггерных факторов развития ЯБ. [13]

У детей в отличие от взрослых инфицирование *H.pylori* намного реже сопровождается изъязвлением СО желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным крупного европейского многоцентрового исследования, у 1233 детей с симптоматической *H.pylori*-инфекцией, ЯБ была диагностирована менее чем у 5% детей до 12 лет и лишь у 10% подростков [14].

В таблице 1 представлена характеристика типов симптоматических язв.

Таблица 1 - Типы язв и их характеристика.

Типы язв	Причины	Клинические проявления
----------	---------	------------------------

<i>Стрессовые</i> (вследствие ишемии слизистой оболочки) Локализация в желудке	Психоэмоциональная или физическая 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.
<i>Медикаментозные</i> (вследствие нарушения выработки простагландинов и слизи, снижения темпов регенерации)	Терапия НПВП, кортикостероидами, цитостатиками и др.	Чаще протекают бессимптомно, проявляются внезапно возникшим кровотечением. Иногда сопровождаются изжогой, болями в эпигастрии, тошнотой
<i>Эндокринные</i>	Сахарный диабет (изменяются сосуды подслизистого слоя по типу микроангиопатии, снижается уровень трофических процессов) <i>Синдром Золлингера-Эллисона</i> (выявляется выраженная гиперацидность, повышение гастрина в сыворотке крови) <i>Гиперпаратиреоз</i>	Локализуются в желудке, малосимптомны, иногда осложняются кровотечением. крайне тяжёлое течение, множественная локализация язв, упорная диарея. Локализация чаще в ДПК, тяжёлое течение с частыми рецидивами и склонностью к кровотечению и перфорации, характерны признаки повышенной функции паращитовидных желёз: мышечная слабость, боли в костях, чувство жажды, полиурия.
<i>Гепатогенные</i> (нарушение кровотока в воротной вене, нарушение инактивации гистамина в печени, трофические и микроциркуляторные расстройства)	Цирроз печени, хронический гепатит	Локализуются чаще в желудке, реже в ДПК. Клиническая картина обычно стерта и атипична, язвы плохо поддаются терапии, отличаются торпидностью течения
<i>Панкреатогенные</i> (нарушение поступления бикарбонатов в кишечник при одновременном увеличении высвобождения кининов, гастрина)	Панкреатит	Локализуются обычно в ДПК. Для язв характерен выраженный болевой синдром, связь с приемом пищи. Течение язвенного процесса упорное, но осложнения наблюдаются редко.
<i>Гипоксические</i> (длительная гипоксия желудка)	Хронические заболевания легких и сердечно-сосудистой системы	Выраженная клиническая симптоматика, склонность к кровотечению

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В Российской Федерации распространенность ЯБ у детей в последнее десятилетие снизилась в 1,5 раза и составляет 1,1-1,5 на 1000 детского населения [15]. ЯБЖ выявляется у 2 из 10 000 детей (в 8 раз реже, чем ЯБДПК). ЯБЖ и ЯБДК преимущественно встречаются у детей старше 7 лет. Единичные случаи обнаружения язв

в дошкольном и раннем возрасте наиболее часто могут быть отнесены к симптоматическим язвам. [3]

В тоже время следует отметить, что, например, в США частота пептической язвы у детей снизилась в период 2000 г – 2012 г с 2,07 на 100 000 до 1,66 на 100 000 детского населения. [16]

В структуре заболеваний ВОПТ ЯБ составляет 7-12%, встречается в 7 раз чаще в школьном возрасте и в 2 раза чаще среди жителей крупных городов. ЯБДПК диагностируется в 3-4 раза чаще, чем ЯБЖ. Дуоденальная локализация язвенного дефекта отмечается в 81-87% случаев (из них постбульбарная – в 2,4-2,8%), желудочная локализация – в 11-13%, двойная локализация – в 4-6% случаев. [17]

Максимальная частота ЯДПК отмечается у девочек в 12-13 лет, а у мальчиков – в 14-15 лет. Половые различия в распространённости ЯБ у детей 4 - 8 летнего возраста отсутствуют, к 12-14 годам - отмечается преобладание мальчиков над девочками - 3:1, а к 18 годам оно составляет 5:1. [3, 18]

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Язва желудка (K25):

K25.0 - Острая с кровотечением

K25.1 - Острая с прободением

K25.2 - Острая с кровотечением и прободением

K25.3 - Острая без кровотечения или прободения

K25.4 - Хроническая или неуточненная с кровотечением

K25.5 - Хроническая или неуточненная с прободением

K25.6 - Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

K25.7 - Хроническая без кровотечения или прободения

K25.9 - Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

Язва двенадцатиперстной кишки (K26):

K26.0 - Острая с кровотечением

K26.1 - Острая с прободением

K26.2 - Острая с кровотечением и прободением

K26.3 - Острая без кровотечения или прободения

K26.4 - Хроническая или неуточненная с кровотечением

K26.5 - Хроническая или неуточненная с прободением

K26.6 - Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

K26.7 - Хроническая без кровотечения или прободения

K26.9 - Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В педиатрической практике наибольшее распространение получила классификация ЯБ по А.В. Мазурину, представленная в таблице 2.

Таблица 2. Классификация язвенной болезни

(по А.В. Мазурину 1984, с дополнениями В.Ф. Приворотского и Н.Е. Лупповой 2005 г, Цветковой Л.Н., 2009)

Фазы: 1. Обострение 2. Неполная клиническая ремиссия 3. Клиническая ремиссия	Локализация: <ul style="list-style-type: none">• Желудок• Двенадцатиперстная кишка• Постбульбарные отделы• Двойная локализация	Форма: 1. Неосложнённая 2. Осложнённая <ul style="list-style-type: none">➤ Кровотечение➤ Пенетрация➤ Перфорация➤ Стеноз привратника➤ Перивисцерит
Инфицирование <i>H.pylori</i> 1. <i>H.pylori</i> – позитивная 2. <i>H.pylori</i> - негативная		
Течение: 1. Впервые выявленная 2. Редко рецидивирующая (ремиссия более 3-х лет) 3. Непрерывно рецидивирующая (ремиссия менее 1 года)		
Функциональная характеристика: Кислотность желудочного содержимого и моторика могут быть повышены, понижены или нормальными.		
Клинико-эндоскопические стадии язвенной болезни: 1 стадия – свежая язва		

2 стадия – начало эпителизации язвенного дефекта
3 стадия – заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените
4 стадия – клинико-эндоскопическая ремиссия
По клиническому течению:
1. Классическое
2. Атипичное
3. Бессимптомное
Сопутствующие заболевания:
➤ Панкреатит
➤ Эзофагит
➤ Холецистохолангит

В то же время, у детей используется и общепринятое выделение одиночных и множественных язв, а в зависимости от размеров язвенного дефекта выделяют язвы малых (до 0,5 см в диаметре), средних (0,6-1,9 см в диаметре) и больших (более 2,0 см в диаметре) размеров.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Для ЯБ характерны клинические проявления:

- Боли в животе (в эпигастральной или параумбиликальной области, имеющие ночной и "голодный" характер, уменьшающиеся при приеме пищи)
- Изжога
- Отрыжка
- Рвота
- Тошнота
- Сниженный аппетит
- Склонность к запорам или неустойчивому стулу
- Эмоциональная лабильность
- Повышенная утомляемость

Наиболее частым, но наименее специфичным симптомом ЯБ является боль в животе. Только у 15-20% детей с болями в животе при обращении к врачам-гастроэнтерологам выявляются эрозивно-язвенные процессы.

Боли при типичном течении ЯБ локализуются в основном в эпигастральной и периумбиликальной областях, чаще «тощаковые» и «поздние», появляющиеся через 1-2

часа после приёма пищи, ночные боли. Возможна иррадиация болей в спину, правое плечо, лопатку, «мойнигановский» ритм болей: голод–боль–приём пищи–облегчение и т.д. По характеру боли могут быть различными от ноющих до режущих и приступообразных, часто выявляется положительный симптом Менделя. Характер АБС зависит от возраста, индивидуальных особенностей больного, состояния его нервной и эндокринной систем, анатомических особенностей язвенного дефекта, степени выраженности функциональных нарушений ЖКТ. Клинико-эндоскопический анализ течения ЯБДК у детей свидетельствует об отсутствии параллелизма между эндоскопической стадией язвенного процесса и клиническими проявлениями у 50% больных.

При атипичном течении заболевания не определяется какая-либо закономерность возникновения и трансформации абдоминального болевого синдрома АБС, могут отсутствовать диспепсические жалобы, клиническая картина ЯБ протекает под «маской» болей в груди, холецистита, панкреатита, печёночной или почечной колики.

Согласно последним исследованиям, у 3% детей с впервые выявленной ЯБДК имеет место отсутствие АБС, что расценивается как первично безболевого течение заболевания, а у 27% детей отмечается вторично безболевого течение, когда на фоне повторного обострения ЯБ у детей, ранее получивших терапию, АБС отсутствует. [12]

Желудочная диспепсия при ЯБ проявляется в виде рвоты, чувства тяжести или давления в подложечной области после еды, отрыжки, тошноты, жжения в эпигастрии и изжоги. В то же время следует отметить, что диспепсические расстройства у детей встречаются реже, чем у взрослых. С увеличением продолжительности заболевания частота симптомов диспепсии возрастает.

У части больных ЯБДК имеет место 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.

Рецидив ЯБДК проявляется аналогичной клинической картиной, однако самостоятельный АБС выявляется реже, а болезненность при пальпации живота отмечается примерно у $\frac{2}{3}$ детей. [13]

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

При постановке диагноза следует обратить внимание на:

- 1) анамнестические данные (характерные жалобы, рефрактерная к терапии железодефицитная анемия, семейный анамнез)
- 2) физикальное обследование (обнаружение болезненности с характерной локализацией, диспепсические расстройства, снижение веса)

Диагноз подтверждается при инструментальном обследовании (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки)

2.1 Жалобы и анамнез

См. раздел «Клиническая картина»

Клинические проявления ЯБ многообразны, типичная картина наблюдается не всегда, что значительно затрудняет диагностику. Так, у детей раннего возраста заболевание нередко протекает атипично. При этом, чем моложе ребенок, тем менее специфичны жалобы. В старшем возрасте симптоматика ЯБДПК сходна с таковой у взрослых, хотя может быть и более стертой.

Нередко отсутствует характерный «язвенный» анамнез, что объясняется отчасти тем, что дети быстро забывают боли, не умеют их дифференцировать, не могут указать их локализацию и причину, их вызвавшую. Увеличение числа нетипичных форм заболевания, отсутствие настороженности в формировании язвенного процесса, особенно у детей с отягощенной наследственностью по патологии ВОПТ, способствует росту процента пациентов с поздней диагностикой ЯБ, что приводит к более частому рецидивированию заболевания у этой категории пациентов и раннему формированию его осложнений, приводящих к снижению качества жизни детей с ЯБ.

2.2 Физикальное обследование

- При осмотре следует обратить внимание на наличие белого налета на языке
- При пальпации следует обратить внимание на болезненность в пилородуоденальной зоне.

Комментарии: независимо от локализации язвы у детей очень часто отмечается болезненность в эпигастральной области и в правом подреберье.

- В фазе обострения ЯБ следует оценить наличие положительного симптома Менделя (локальная перкуторная болезненность в эпигастральной области). [Ошибка! Источник ссылки не найден., 19, 20]

Комментарии: симптом мышечной защиты передней брюшной стенки выявляется редко, чаще во время сильных болей.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Патогномоничных для язвенной болезни лабораторных маркеров нет. Лабораторные исследования детям с ЯБ проводятся для исключения/подтверждения осложнений.

- Рекомендовано проведение всем пациентам с ЯБ общего (клинического) анализа крови развернутого с целью комплексной диагностики анемии (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты) [21].

(УУР С; УДД 4)

Комментарий: исследование проводится также в процессе динамического наблюдения – частота определяется клинической ситуацией

- Пациентам с ЯБ с дефицитом железа/анемией рекомендовано проведение исследования кала на скрытую кровь с целью диагностики скрытого кровотечения [22].

(УУР В; УДД 2)

Комментарии: При интерпретации исследования кала на скрытую кровь необходимо учитывать, что положительная реакция может встречаться при многих других заболеваниях, приеме некоторых лекарственных препаратов, употреблении в пищу мяса, зеленых частей растений.

- При рефрактерном течении ЯБ с целью исключения синдрома Золлингера-Эллисона рекомендуется исследование уровня гастрина в сыворотке крови [23]

(УУР – С, УДД – 5)

Комментарий: Резкое увеличение секреции соляной кислоты в результате развития у пациента гастринпродуцирующей опухоли (чаще всего в поджелудочной железе) при синдроме Золлингера-Эллисона приводит к развитию часто множественных язв с локализацией не только в желудке и ДПК, но и в тощей кишке и пищеводе, протекающих с выраженным болевым синдромом и упорной диареей. Обследование таких пациентов выявляет резкое повышение базального уровня желудочной секреции соляной кислоты и увеличение содержания сывороточного гастрина в 3-4 раза по отношению к физиологической норме.

- Всем пациентам с ЯБ для определения показаний к проведению эрадикационной терапии показано обследование на наличие инфицированности *H.pylori* с помощью 13С-уреазного дыхательного теста на *Helicobacter pylori* и/или определения антигена *H.pylori* в фекалиях (Иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на геликобактер пилори (*Helicobacter pylori*), а при одновременном проведении ЭГДС – с помощью быстрого уреазного теста (БУТ). Для контроля успешности эрадикации через 4-6 недель после окончания лечения рекомендовано применение 13С-уреазного дыхательного теста или определение антигена *H.pylori* в фекалиях.[11]

(УУР В; УДД 2)

Комментарии: Чувствительность 13С-уреазного дыхательного теста по данным Кокрейновского обзора и мета-анализа составляет 94% (95% ДИ: 0,89-0,97), а определение антигена *H.pylori* в кале – 83% (95% ДИ: 0,73-0,90) при фиксированной специфичности в 90% [24]

Следует помнить, что проведение 13С-уреазного дыхательного теста может дать ложно-положительный результат у детей младше 6 лет из-за меньшего объема распределения и другой скорости продукции CO₂ [25].

При использовании быстрого уреазного теста для диагностики *H.pylori* во время эндоскопического вмешательства необходимо осуществлять забор не менее 2 биоптатов из тела и 1 биоптата из антрального отдела желудка.

Использование микробиологического (культурального) исследования биоптатов стенки желудка на *H.pylori* с определением чувствительности к антибактериальным препаратам возможно в случае неэффективности эрадикационной терапии первой и второй линии.

- Не рекомендуется применение серологических тестов для первичной диагностики *H. pylori* инфекции и контроля эрадикации у детей в связи с недостаточной информативностью [26].

(УУР В; УДД 2)

Комментарии: Клиническое применение теста ограничено тем, что он не позволяет дифференцировать факт инфицирования в анамнезе от наличия *H. pylori* в настоящий момент и контролировать эффективность эрадикации. Не все серологические тесты равноценны.

- У пациентов, которые получают ингибиторы протонного насоса (ИПН) и/или антибактериальные препараты для системного использования, рекомендовано приостановить прием ИПН на 2 недели, а антибактериальных препаратов для системного использования на 4 недели перед тестированием с помощью бактериологического, гистологического методов, быстрого уреазного теста, 13С-уреазного дыхательного теста или выявления антигена *H.pylori* в кале. [26, 27, 28]

(УУР В; УДД 2)

- При наличии у пациента язвенного кровотечения для определения инфицированности *H.pylori* рекомендуется проведение 13С-уреазного дыхательного теста в связи с низкой чувствительностью БУТ и гистологического патолого-анатомического исследования. [29]

(УУР А; УДД 1)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Всем пациентам с подозрением на ЯБ, при отсутствии противопоказаний, для подтверждения диагноза рекомендуется проведение эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) [30]

(УУР В; УДД 2)

Комментарии: ЭГДС позволяет достоверно диагностировать и охарактеризовать язвенный дефект, контролировать его локализацию, форму, размеры, глубину, состояние дна и краев язвы, заживление дефекта, позволяет выявить признаки пенетрации, рубцовой деформации и стенозирования просвета органа, проводить цитологическую и гистологическую оценку морфологической структуры слизистой оболочки, исключать злокачественный характер изъязвления.

При локализации язвенного процесса в желудке рекомендуется проведение множественных щипковых биопсий из краев язвенного дефекта с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного материала, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения.

Контрольное эндоскопическое исследование со взятием множественной щипковой биопсии по окончании курса консервативного лечения ЯБЖ проводится пациентам у которых сохраняются симптомы язвенной болезни или этиологическая причина язвенного процесса остается недостаточно ясной.

При локализации язвенного процесса в ДПК, выполнение биопсии из краев язвенного дефекта не рекомендуется, так как озлокачествление язв ДПК является редким. В то же время, проведение гистологического исследования обязательно при подозрении на

наличие изъязвленных форм нейроэндокринных и субэпителиальных опухолей, прорастание в ДПК опухолей соседних органов.

Контрольное гистологическое исследование при ЯБДПК рекомендуется выполнить для исключения рефрактерной язвенной болезни и непептической этиологии язвы если в процессе лечения сохраняется клиническая симптоматика.

Эндоскопическая картина стадий язвенного поражения приводится в Приложении А3.3.

- Проведение ЭГДС пациентам с язвенным кровотечением с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые 2 часа после госпитализации. [31, 32]

(УУР С; УДД 5)

- В случае невозможности выполнения пациенту с подозрением на ЯБ эндоскопического исследования, с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение рентгенографии желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастом (Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, с двойным контрастированием). [33]

(УУР В; УДД 2)

Комментарии: *Основным признаком ЯБ при проведении рентгенологического исследования является выявление «ниши» на контуре или на рельефе слизистой оболочки, а косвенными признаками являются: выявление местного циркулярного спазма мышечных волокон на контрлатеральной по отношению к язвенному дефекту 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 то же время рентгенологическое исследование позволяет оценить выраженность сужения просвета кишки, нарушения моторики и эвакуации из желудка и ДПК.*

- При подозрении на перфорацию язвы с целью подтверждения рекомендуется проведение компьютерной томографии органов брюшной полости [34, 35]

(УУР С; УДД 4)

Комментарии: Компьютерная томография позволяет определить наличие и локализацию перфорационного отверстия, наличие свободного газа в брюшной полости, объем и характер выпота и других патологических изменений.

- Для диагностики осложнений и при подозрении на перфорацию или пенетрацию язвы при невозможности проведения компьютерной томографии рекомендуется выполнение УЗИ брюшной полости [36, 37]

(УУР С; УДД 4)

Комментарии: Чувствительность и специфичность ультразвуковых методов диагностики ниже таковых по сравнению с компьютерной томографией и во многом зависит от квалификации специалиста по ультразвуковой диагностике.

2.5 Иные диагностические исследования

2.5.1 Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика язвенной болезни с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, хроническим гастродуоденитом, хроническими заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы проводится по данным анамнеза, осмотра, результатов лабораторного, эндоскопического, рентгенологического и ультразвукового исследований.

Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами, патогенез которых связан с определёнными фоновыми заболеваниями или конкретными этиологическими факторами. Клиническая картина обострения этих язв стёрта, отсутствует сезонность и периодичность заболевания. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки при болезни Крона, которые иногда также относят к симптоматическим гастродуоденальным язвам, представляют собой самостоятельную форму болезни Крона с поражением желудка и двенадцатиперстной кишки.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Диетотерапия

- С целью ускорения заживления язв всем пациентам с ЯБ рекомендуется диетотерапия [38]

(УУР С; УДД 5)

Комментарии: Основные принципы диетического питания пациентов с язвенной болезнью включают частое (5-6 раз в сутки), дробного питания, механического термического и химического щажения. Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, способные повышать секрецию пищеварительных ферментов и соляной кислоты и/или раздражающие слизистую оболочку: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и копченую, соленую, маринованную пищу, продукты содержащие экстрактивные вещества (перец, горчица, приправы, специи, лук, чеснок).

Предпочтение необходимо отдавать продуктам, обладающим способностью связывать и нейтрализовать соляную кислоту (т.е. обладающим буферным действием): мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты. Разрешаются макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы, овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста), каши, кисели из сладких ягод, муссы, желе, сырые тертые и печеные яблоки, некрепкий чай. Предпочтительным способом приготовления пищи является варка, тушение, приготовление на пару.

3.1.2 Медикаментозная терапия

- Всем пациентам с обострением ЯБ с целью заживления язвенного дефекта рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса (ИПН) в течение 4-6 недель [39, 40]

(УУР В; УДД 2)

Комментарии: Оказание предпочтения при выборе антисекреторных препаратов группе ИПН в сравнении с блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов объясняется более высокой эффективностью первых в устранении клинических симптомов и достижении рубцевания язв по данным рандомизированных сравнительных исследований (включая мета-аналитические). [40, 41]

Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами 2-4 недели.

Лечение проводится при отсутствии медицинских противопоказаний.

- Не рекомендовано рутинное назначение блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, их назначение может быть рекомендовано при язвенной болезни, не ассоциированной с

H. pylori, при невозможности применения ИПН (или в комбинации с ними) с целью усиления антисекреторного действия [30].

(УУР С; УДД 5)

Комментарий: *Данные препараты утратили свои позиции и в настоящее время применяются редко*

- Рекомендовано проведение эрадикационной терапии при ЯБ, ассоциированной с *H. pylori* с лечебной целью [11, 26]

(УУР В; УДД 2)

Комментарий: *Проведение эрадикационной терапии *H. pylori* у инфицированных пациентов среди взрослого населения снижает риск рецидива ЯБДПК (ОР=0,20; 95% ДИ: 0,15-0,26) и ЯБЖ (ОР=0,29; 95% ДИ: 0,20-0,42) в сравнении с плацебо. [42]. У детей подобные исследования не проводились.*

- В качестве терапии первой линии, если резистентность к кларитромицину** не превышает 15%, рекомендовано использовать стандартную тройную терапию без предварительного тестирования в течение 14 дней [11, 26] по последним рекомендациям V Маастрихтского соглашения (2016 г.), ESPGHAN/NASPGHAN (2016 г.): :ИПН (эзомепразол**, рабепразол, омепразол** и др.) 1-2 мг/кг/сут + амоксициллин** 50 мг/кг/сут + кларитромицин** 20 мг/кг/сут
- ИПН + кларитромицин** + метронидазол** 20 мг/кг/сут (при непереносимости препаратов пенициллина).

(УУР С; УДД 5)

Комментарий: *Увеличение продолжительности эрадикационной терапии до 14 дней обеспечивает более высокую эффективность в сравнении с применяемой ранее 7 дневной терапией.*

*Как вариант эрадикационной терапии первой линии (например, при непереносимости пенициллинов) может быть назначена классическая четырехкомпонентная терапия на основе висмута трикалия дицитрата** (8 мг/кг в сутки) в комбинации с ИПН, тетрациклином** (разрешен детям с 8 лет), метронидазолом***

*Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом** применяется также как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии. Кроме того, прием препаратов трикалия дицитрата** в стандартной дозе в течение 2-4 недель после окончания эрадикационной терапии может проводиться с целью цитопротекции.*

*В связи с высоким уровнем резистентности *H. pylori* к метронидазолу** и плохой переносимостью тетрациклина** у детей по рекомендациям российских экспертов рекомендовано у детей использовать следующие схемы:*

- *Терапия первой линии.*
- *ИПН + амоксициллин** + кларитромицин***
- *ИПН + амоксициллин** или кларитромицин** + нифурател (30 мг/кг/сут)*
- *ИПН + амоксициллин** + джозамицин** (50 мг/кг/сут, не более 2г/сут).*
- *В качестве терапии второй линии используются квадротерапия:*
- *висмута трикалия дицитрат** (8 мг/кг в сутки) + ИПН** + амоксициллин** + кларитромицин***
- *висмута трикалия дицитрат** + ИПН** + амоксициллин** или кларитромицин** + нифурател [43].*

*При неэффективности эрадикационной терапии проводится индивидуальный подбор препарата на основе чувствительности *H. pylori* к антибактериальным препаратам – терапия третьей линии.*

С целью повышения эффективности эрадикации, согласно рекомендациям ESPGHAN/NASPGHAN 2016 года рекомендуется при необходимости использование доз ИПН 1,5-2,5 мг/кг в сутки. [26].

Для оценки эффективности антихеликобактерной терапии используются стандартные неинвазивные тесты. Контроль эффективности эрадикации определяется как минимум через 4-6 нед. после окончания лечения антибактериальными препаратами системного действия и через 2 недели после окончания приема ИПН.

*Низкая выявляемость семейного носительства *H. pylori*-инфекции и отсутствие системного подхода к ее эрадикации способствует реинфицированию *H. pylori* и, как следствие, рецидивированию ЯБДПК у детей [44].*

В ряде работ показана более высокая эффективность и безопасность антихеликобактерной терапии на фоне пребиотической или пробиотической терапии. Опубликован ряд мета-анализов по данной теме [45, 46, 47, 48, 49]. Однако, исследования в указанных мета-анализах оценивают разные пробиотические штаммы и их концентрации, что снижает достоверность выводов.

При проведении эрадикационной терапии следует учитывать высокую частоту нежелательных эффектов. Частота нежелательных эффектов эрадикационной терапии по результатам систематического обзора 43 исследований (6093 взрослых пациента) – 60%: диарея – 8%, изменение вкуса – 7%, тошнота и рвота – 5%, боль в эпигастрии – 5%, головная боль – 3%, стоматит – 2,5%, крапивница – 2%. [42]

- С целью остановки кровотечения всем пациентам с лабораторно и эндоскопически подтвержденным язвенным кровотечением рекомендуется внутривенное введение #ИПН (например, омепразол**, эзомепразол**, рабепразол – в дозе 1-3 мг/кг в течение 1 часа). [50, 51, 52]

(УУР С; УДД 5)

Комментарии: Внутривенное введение ИПН способствует значительному снижению риска повторных кровотечений (ОШ 2,24, 95% ДИ: 1,02-4,90). Доза ИПН, вводимая внутривенно болюсно аналогична таковой, рекомендуемой для перорального приема. Эрадикационная терапия проводится при переходе на пероральный прием препаратов.

3.2 Хирургическое лечение

- Рекомендовано проведение хирургического лечения язвенной болезни желудка при наличии осложнения болезни: перфорация язвы, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз привратника, сопровождающийся выраженными эвакуаторными нарушениями; профузные желудочно-кишечные кровотечения, которые не удается остановить консервативными методами, в том числе и с применением эндоскопического гемостаза [51, 53, 54, 55].

(УУР С; УДД 5)

Комментарии: Пациентам с осложненным течением ЯБ необходима госпитализация в стационар в экстренном порядке. При выборе метода хирургического лечения предпочтение отдают органосохраняющим операциям.

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 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 малой кривизне желудка;
- расположение язвы на задней стенке ДПК;

- *нестабильная гемодинамика (снижение артериального давления во время кровотока с последующим повышением на фоне восполнения объема циркулирующей крови. [56]*

- При неэффективности эндоскопического гемостаза, развитии перфорации, пенетрации язвы необходимо проведение экстренной операции. [51, 53]

(УУР В; УДД 2)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Санаторно-курортное лечение рекомендуется рассмотреть после купирования обострения язвенного процесса, обычно через 2-3 месяца после обострения. [57].

(УУР С; УДД 5)

Комментарии: *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, двенадцатиперстной кишки) для улучшения крово- и лимфообращения в брюшной полости; нормализации моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, секреторной и нейрогуморальной регуляции пищеварительных процессов; создания благоприятных условий для репаративных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки при отсутствии противопоказаний. [57, 58, 59]

(УУР С; УДД 5)

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

5.1 Профилактика

- С целью профилактики обострения ЯБ всем пациентам с диагностированной хеликобактерной инфекцией рекомендуется проведение эрадикации *H.pylori*. [11, 26, 60] (УУР С; УДД 5)

Комментарии: *Признание ведущей роли Helicobacter pylori в развитии и прогрессировании ЯБ делает эрадикацию основным методом профилактики данного заболевания*

5.2 Диспансерное наблюдение

- Рекомендуется проводить диспансерное наблюдение всех пациентов с ЯБ с целью профилактики обострений заболевания и своевременной терапии, снятие с диспансерного учета возможно при полной ремиссии в течение 5 лет от начала заболевания или обострения [19, 61, 62].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий: *диспансерному учету подлежат даже пациенты с отсутствием морфологического субстрата язвы (клинико-эндоскопическая ремиссия).*

Проводятся консультации врача-гастроэнтеролога, врача-педиатра или врача общей практики (семейного врача), в среднем, 1 раз в 6 мес., при необходимости – проводится обследование в соответствии с рекомендациями (см. раздел «Диагностика»)

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь детям с ЯБ может оказываться амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Виды медицинской помощи: плановая, неотложная, экстренная.

Все дети с впервые выявленной ЯБ в фазе обострения должны пройти обследование и лечение в условиях отделений гастроэнтерологического или педиатрического профиля, а при наличии выявленных осложнений – хирургического профиля. [13].

Комментарии: *Длительность пребывания в стационаре составляет в среднем 14-21 день. Решение о необходимости стационарного лечения пациентов с ЯБ в фазе ремиссии принимается индивидуально.*

Дети с неосложнённым течением язвенной болезни подлежат консервативному лечению в амбулаторно-поликлинических условиях.

Дети в стадии ремиссии наблюдаются в амбулаторных условиях.

Детей с язвенной болезнью наблюдает врач-гастроэнтеролог или врач-педиатр, при необходимости осуществляется консультация/лечение врачом-детским хирургом.

Показания для стационарного лечения:

- *Впервые выявленная ЯБ в фазе обострения;*
- *ЯБ вне зависимости от фазы заболевания при наличии выраженных клинических проявлений обострения (выраженный болевой абдоминальный синдром, диспепсические жалобы); Осложненное и/или рецидивирующее течение ЯБ;*
- *Сочетание ЯБ с соматической патологией, в том числе желудочно-кишечного тракта;.*
- *Необходимость проведения дифференциальной диагностики с доброкачественными и злокачественными новообразованиями.*

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

7.1 Исходы и прогноз

Прогноз благоприятный при неосложнённой язвенной болезни. У большинства детей уже первый курс лечения в стационаре приводит к полному заживлению язвы и выздоровлению. В случае успешной эрадикации рецидивы язвенной болезни возникают у 6–7% пациентов. Прогноз ухудшается при большой давности заболевания в сочетании с частыми, длительными рецидивами, при осложнённых формах язвенной болезни.

7.2 Осложнения

Осложнения ЯБ в детском возрасте отмечаются у 7-10% пациентов. У мальчиков осложнения отмечаются чаще, чем у девочек в случае ЯБ ДПК (при изолированной ЯБДПК – в 2,3 раза, при сочетании ЯБ желудка и ДПК – в 8 раз). Удельный вес осложненных форм ЯБ наблюдается у детей всех возрастных групп с одинаковой частотой. В структуре осложнений преобладают кровотечения (80%), реже наблюдаются стенозы (11%), перфорации (8%) и пенетрации язвы (1,5%) [20, 62].

Кровотечение характеризуется кровью в рвотных массах (алая или рвота "кофейной гущей"), черным дегтеобразным стулом. При большой кровопотере

характерны слабость, тошнота, бледность, тахикардия, снижение АД, иногда обморок. При скрытом кровотечении в кале определяется положительная реакция на скрытую кровь.

Стеноз пилоробульбарной зоны развивается обычно в процессе заживления язвы. В результате задержки пищи в желудке происходит его расширение с последующим развитием интоксикации, истощения. Клинически это проявляется рвотой пищей, съеденной накануне, усилением перистальтики желудка, особенно при пальпации и «шумом плеска», определяемого при толчкообразной пальпации брюшной стенки.

Пенетрация (проникновение язвы в соседние органы) возникает обычно на фоне длительного и тяжелого течения заболевания, неадекватной терапии. Сопровождается усилением болевого синдрома с иррадиацией в спину. Наблюдается рвота, не приносящая облегчения, возможна лихорадка.

Перфорация язвы в 2 раза чаще встречается при желудочной локализации язвы. Основным клиническим признаком перфорации - резкая внезапная («кинжальная») боль в эпигастральной области и в правом подреберье, часто сопровождающаяся шоковым состоянием. Отмечается слабый пульс, резкая болезненность в пилородуоденальной зоне, исчезновение печеночной тупости вследствие выхода воздуха в свободную брюшную полость. Наблюдается тошнота, рвота, задержка стула [20, 62].

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 1 - Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при ЯБ

№ п/п	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Проведена ЭГДС всем пациентам с подозрением на язвенную болезнь (при отсутствии противопоказаний)	C	5
2.	Выполнено определение инфицированности <i>Helicobacter pylori</i> при первичной диагностике - 13С-уреазный дыхательный тест или быстрый уреазный тест, или определение антигена <i>H.pylori</i> в фекалиях (Иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на	B	2

	геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) или (при одновременном проведении ЭГДС) – с помощью быстрого уреазного теста (БУТ)		
3.	Проведена эрадикационная терапия (при выявлении <i>Helicobacter pylori</i>)	В	2
4.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторов протонного насоса (при отсутствии медицинских противопоказаний)	В	2

Список литературы

1. Shay H., Sun D.C.H. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer. In: Bockus H.L. Gastroenterology, Philadelphia-London: Saunders Elsevier, 1968: 420-465.
2. Guariso G., Gasparetto M. Update on Peptic Ulcers in the Pediatric Age. Hindawi Publishing Corporation. Ulcers, 2012. Article ID 896509, 9 pages. doi:10.1155/2012/896509
3. Детская гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред. проф. Н.П.Шабалова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 792 с.: ил.
4. Shaymardanova E.K, Nurgalieva A.K, Khidiyatova I.M et al. Role of Allelic Genes of Matrix Metalloproteinases and Their Tissue Inhibitors in the Peptic Ulcer Disease Development. Genetika, 2016, 52 (3): 364-75.
5. Yin Y.W., Hu A.M., Sun Q.Q. et al Association between interleukin-8 gene – 251T/A polymorphism and the risk of peptic ulcer disease: a meta-analysis. Hum Immunol, 2013, 74(1):125-30. doi:10.1016/j. humimm.2012.09.006
6. Trejo-de la O.A., Torres J., Sanchez-Zauco N. et al. Polimorphisms in TLR9 but not in TLR5 increase the risk for duodenal ulcer and after cytokine expression in the gastric mucosa. Innate Immun, 2015, 21(7): 706-13. doi:10.1177/1753425915587130.
7. Macartur C., Saunders N., Feldman W. Helicobacter pylori, gastroduodenal disease and recurrent abdominal pain in children. JAMA. 1995; vol. 273: 729-734.
8. Rothenbacher D., Inceoglu J., Bode G. et al. Acquisition of Helicobacter pylori infection in a high-risk population occurs within the first 2 years of life. J Pediatr 2000; 136: 744-9.
9. Iwańczak B., Francavailla R. Helicobacter pylori Infection in Pediatrics. Helicobacter 2014; 19 (s1):46–51. doi: 10.1111/hel.12158

10. Suerbaum S., Michetti P. Helicobacter pylori infection. N. Engl. J. Med. 2002; 347: 1175-86
11. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut 2017; 66(1): 6-30.
12. Гуреев А.Н. Роль факторов иммунитета в развитии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук., М.:2007. 25 с.
13. Цветкова Л.Н. Язвенная болезнь у детей (алгоритм диагностики и лечебной тактики). ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009. 46 с.
14. Koletzko S., Richy F., Bontems P. et al. Prospective multicenter study on antibiotic resistance of Helicobacter pylori strains obtained from children living in Europe. Gut. 2006; 55 (12): 1711–1716.
15. Корниенко Е.А., Шабалов Н.П., Эрман Л.В. Заболевания органов пищеварения / в кн.: Детские болезни: в 2 т.- 8-е изд. – СПб.: Питер, 2017. – Т.1. – с. 585-796.
16. Munoz Abraham A.S., Osey H., Martino A., et al. Incidence and Outcomes of Perforated Peptic Ulcers in Children: Analysis of the Kid's Inpatient Database and Report of Two Cases Treated by Laparoscopic Omental Patch Repair.// Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. – 2018. - Vol.00. - p. 248-255. doi: 10.1089/lap.2018.0186
17. Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. / в кн.: Детская гастроэнтерология: практическое руководство / под ред. И.Ю. Мельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – с.221-233
18. Цветкова Л.Н., Филин В.А., Нечаева Л.В., Горячева О.А., Гуреев А.Н. Язвенная болезнь у детей: особенности течения и выбора медикаментозной терапии на современном этапе // Рос вестн перинатол и педиат. 2008. №5.
19. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. и др. Детская гастроэнтерология. ГЭОТАР-Москва, 2009, С. 32-61
20. Гастроэнтерология детского возраста (под редакцией С.В. Бельмера и А.И. Хавкина) – Москва: ИД Медпрактика-М, 2011.-420 с.
21. Tomizawa M., Shinozaki F., Hasegawa R. et al. Low haemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. Biomed Rep 2016; vol.5 (3): 349-352.
22. Harewood G.C., McConnel J.P., Harrington J.J. et al. Detection of occult upper gastrointestinal bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. Mayo Clin Proc 2002; vol.77 (1): 23-28
23. Kim H. Diagnostic and treatment approaches for refractory ulcers. Clin Endoscop 2015; vol.48 (4): 285-290.

24. Best L.M., Takwoingi Y., Siddique S. et al. Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; vol. 3: CD012080
25. Leal Y.A., Flores L.L., Fuentes Panana E.M., Cedillo Rivera R., Torres J. 13C-urea breath test for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in children: a systematic review and metaanalysis. *Helicobacter*. 2011;16:327-337
26. Jones NL, Koletzko S, Goodman K, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for the management of *Helicobacter pylori* in children and adolescents (update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64:991-1003. doi:10.1097/01.mcg.0000135366.58536.b3
27. Calvet X. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in the proton pump inhibitor era. *Gastroenterol Clin N Am*. 2015;44:507-518
28. Peng C., Hu Y., Ge Z-M., Zou Q-M., Lyu N-H. Diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infections in children and elderly populations. *Chronic Diseases and Translational Medicine*. 2019; 5: 243-251 <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2019.12.003>
29. Gisbert, J.P., Abaira V., Accuracy of *Helicobacter pylori* diagnostic tests in patients with bleeding peptic ulcer: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; vol.101(4): 848-863
30. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease. *Lancet* 2017; vol. 390 (10094): 613-624.
31. Thomson M, Belsha D. Endoscopic management of acute gastrointestinal bleeding in children: Time for a radical rethink. *J Pediatr Surg*. 2016 Feb;51(2):206-10.
32. Fox VL. Gastrointestinal bleeding in infancy and childhood. *Gastroenterol Clin North Am*. 2000 Mar;29(1):37-66, v.
33. Chandie M.P.S. et al. Comparison of biphasic radiologic stomach and duodenum studies with fiber endoscopy for the diagnosis of peptic ulcer and stomach carcinoma //Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. – 1990. – T. 134. – №. 7. – C. 345-349.
34. Ishiguro T., Kumagai Y., Baba H. et al. Predicting the amount of intraperitoneal fluid accumulation by computed tomography and its clinical use in patients with perforated peptic ulcer. *Int Surg*.2014; vol. 99(6): 824-829
35. Baghdanian A.H., Baghdanian A.A., Puppala A.A. et al. Imaging manifestations of peptic ulcer disease on computed tomography. *Semin Ultrasound CT MR* 2018; vol. 39(2): 183-192.
36. Coppolino F., Gatta G., Di Grezia G. et al. Gastrointestinal perforation: ultrasonographic diagnosis. *Crit Ultrasound J*. 2013; vol. 5 (Suppl 1): S4

37. Picone D., Rusignuolo R., Midiri F. et al.. Imaging assessment of gastroduodenal perforations. *Semin Ultrasound CT MR* 2016; vol.37(1), № 1: 16-22
38. Vomero M.D., Colpo E. Nutritional care in peptic ulcer. *Arq Bras Cir Dig* 2014; vol. 7 (4): 298-302
39. Chan F.K.L., Lau J.Y.W. Peptic ulcer disease. In: *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2015: chap 14
40. Scally B., Emberson J.R., Spata E., et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomized trials // *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018; vol. 3(4): 231-241
41. Hu Z.H., Shi A.M., Hu D.M., Bao J.J. Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trial. *Saudi J Gastroenterol* 2017; vol. 23(1): 11-19
42. Ford A., Gurusamy K.S., Delaney B., Forman D., Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016. Issue 4. Art.No.:CD003840
43. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение) / Методические рекомендации № 37 Департамента здравоохранения города Москвы. — М.: ЦНИИГ, 2010.
44. Горячева О.А. Особенности течения язвенной болезни детей на современном этапе. Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва, 2009, 25 стр.
45. Li S., Huang X.L., Sui J.Z. et al. Meta-analysis of randomized controlled trials on the efficacy of probiotics in *Helicobacter pylori* eradication therapy in children. *Eur J Pediatr* 2014; 173:153-61.
46. Losurdo G., Cubisino R., Barone M. et al. Probiotic monotherapy and *Helicobacter pylori* eradication: A systematic review with pooled-data analysis. *World J Gastroenterol*. 2018 Jan 7;24(1):139-149.
47. Zheng X, Lyu L, Mei Z. Lactobacillus-containing probiotic supplementation increases *Helicobacter pylori* eradication rate: evidence from a meta-analysis. *Rev Esp Enferm Dig* 2013;105:445–53
48. Zhu R., Chen K., Zheng Y.Y., et al. Meta-analysis of efficacy of probiotics in *Helicobacter pylori* eradication therapy. *World J Gastroenterol*. 2014; 20: 18013-18021
49. Bin Z., Ya-Zheng X., Zhao-Hui D., et al. The efficacy of *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 in addition to standard *Helicobacter pylori* eradication treatment in children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2015; 18: 17-22

50. Romano C, Oliva S, Martellosi S, Miele E, Arrigo S, Graziani MG, Cardile S, Gaiani F, de'Angelis GL, Torroni F. Pediatric gastrointestinal bleeding: Perspectives from the Italian Society of Pediatric Gastroenterology. *World J Gastroenterol.* 2017 Feb 28;23(8):1328-1337
51. Poddar U. Diagnostic and therapeutic approach to upper gastrointestinal bleeding. *Paediatr Int Child Health.* 2019 Feb;39(1):18-22.
52. Belei O., Olariu L., Puiu M. et al. Continuous esomeprazole infusion versus bolus administration and second look endoscopy for the prevention of rebleeding in children with a peptic ulcer. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018 Jun;110(6):352-357.
53. Wong C.W., Chung P.H., Tam P.K. Et al. Laparoscopic versus open operation for perforated peptic ulcer in pediatric patients: A 10-year experience. *J Pediatr Surg.* 2015 Dec;50(12):2038-40
54. Edwards M.J., Kollenberg S.J., Brandt M.L. et al. Surgery for peptic ulcer disease in children in the post-histamine2-blocker era. *J Pediatr Surg.* 2005 May;40(5):850-4.
55. Gisbert J.P., Pajares J.M. Review article: Helicobacter pylori infection and gastric outlet obstruction - prevalence of the infection and role of antimicrobial treatment. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002 Jul;16(7):1203-8.
56. Elmunzer B.J., Young S.D., Inadoni J.M. et al., Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol* 2008; vol.103(10): 2625-2632; quiz 2633.
57. Филимонов Р.М. Курортное лечение заболеваний органов пищеварения. Москва. 2012, 406 с.
58. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. Киев. Олимпийская литература. 2003, 223 с.
59. Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии /Хан М.А., Разумов А.Н., Корчажкина Н.Б., Погонченкова И.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 408 с.
60. Kotilea K., Kalach N., Homan M. et al. Helicobacter pylori Infection in Pediatric Patients: Update on Diagnosis and Eradication Strategies. *Paediatr Drugs.* 2018 Aug;20(4):337-351.
61. Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы. СпецЛит, Санкт-Петербург, 2011, С. 26-38
62. Клиника, диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения у детей. Методическое пособие. Под ред. Л.Ф.Казначеевой. - Новосибирск, 2013. - 64с.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Баранов А.А. академик РАН, профессор, д.м.н., Председатель Исполкома Союза педиатров России.

Намазова-Баранова Л.С., академик РАН, профессор, д.м.н., заместитель Председателя Исполкома Союза педиатров России.

Хавкин А.И. профессор, доктор медицинских наук

Волынец Г.В. профессор, доктор медицинских наук, член Союза педиатров России, Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов, нутрициологов, Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного общества гастроэнтерологов России.

Бельмер С.В. профессор, доктор медицинских наук, член Союза педиатров России

Потапов А.С. профессор, доктор медицинских наук, член Союза педиатров России

Блат С.Ф. кандидат медицинских наук

Борзакова С.Н. кандидат медицинских наук

Бабаян М.Л. кандидат медицинских наук

Комарова О.Н. кандидат медицинских наук

Комарова Е.В. доктор медицинских наук, член Союза педиатров России

Гундобина О.С. кандидат медицинских наук, член Союза педиатров России

Сурков А.Н. кандидат медицинских наук, член Союза педиатров России

Кайтукова Е.В. кандидат медицинских наук, член Союза педиатров России

Гуреев А.Н., кандидат медицинских наук, член Союза педиатров России.....

.....

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-педиатры
- Врачи общей врачебной практики (семейные врачи)
- Врачи-гастроэнтерологи
- Врачи-детские хирурги
- Врачи-эндоскописты
- Студенты медицинских ВУЗов
- Обучающиеся в ординатуре

Методы, используемые для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска - 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Таблица 1. 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	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (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	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (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)

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций как потенциальных источников доказательств использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что, в свою очередь, влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённому КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Приложение А3.1 Документы и ресурсы, использованные при подготовке клинических рекомендаций

1. Государственный реестр лекарственных средств: <https://grls.rosminzdrav.ru>
2. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012г. № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
3. Приказ МЗ РФ от 23 июля 2010 г. № 541н. Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения.
4. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций».
5. Приказ Минздрава России № 103н от 28.02.2019 г. «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».
6. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 января 2019 г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»
9. Приказ Минздрава России 203н от 10 мая 2017г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

Приложение А3.2 Примеры диагнозов

- *Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в луковице, Н.р.-позитивная, впервые выявленная, с повышенной кислотообразующей функцией, фаза обострения.*
- *Язвенная болезнь желудка, Н.р.-негативная, нормальная кислотообразующая функция желудка, часто рецидивирующее течение, фаза обострения, состоявшееся желудочное кровотечение.*

При формулировке диагноза указывается локализация язвы (желудок, двенадцатиперстная кишка или двойное поражение), фаза заболевания (обострение, неполная клиническая ремиссия и клиническая ремиссия), эндоскопическая характеристика дефектов и стадия эволюции язвенного процесса, наличие *H.pylori*, осложнения.

Основной морфологический субстрат язвенной болезни в фазе обострения - язвенный дефект слизистой оболочки и сопряженный с ним активный гастродуоденит, нередко и рефлюкс-эзофагит, а в фазе ремиссии - постязвенные рубцовые изменения и гастродуоденит без признаков активности воспалительного процесса.

Отражение в клиническом диагнозе локализации и исхода заживления язвенных дефектов весьма важно как для определения тактики лечения больных, так и для прогнозирования дальнейшего течения заболевания, планирования адекватной программы диспансерных мероприятий.

Приложение А3.3 Эндоскопическая картина стадий язвенного поражения

➤ Фаза обострения:

I стадия - острая язва. На фоне выраженных воспалительных изменений СОЖ и ДПК - дефект (дефекты) округлой формы, окруженные воспалительным валом; выраженный отек. Дно язвы с наслоением фибрина.

II стадия - начало эпителизации. Уменьшается гиперемия, сглаживается воспалительный вал, края дефекта становятся неровными, дно язвы начинает очищаться от фибрина, намечается конвергенция складок к язве.

➤ Фаза неполной ремиссии:

III стадия - заживление язвы. На месте репарации - остатки грануляций, рубцы красного цвета разнообразной формы, с деформацией или без нее. Сохраняются признаки активности гастродуоденита.

➤ Ремиссия:

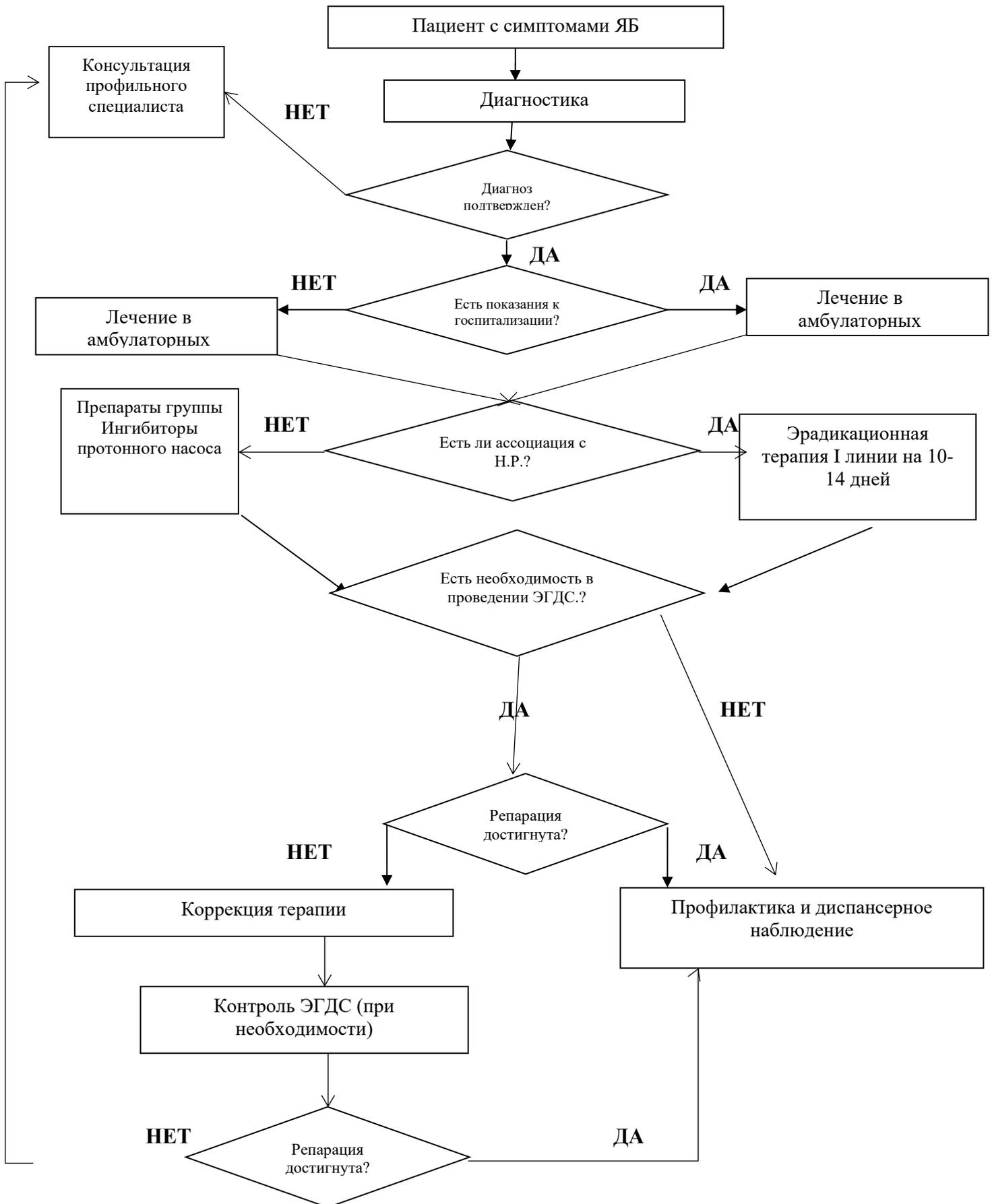
Полная эпителизация язвенного дефекта (или "спокойный" рубец), отсутствуют признаки сопутствующего гастродуоденита.

Приложение А3.4 Расшифровка примечаний

** – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2021 год (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р, от 23 ноября 2020 г. № 3073-р)

- применение off-label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), с условием подписанного информированного согласия родителей (законного представителя) и пациента в возрасте старше 15 лет

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациентов

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки - хроническое рецидивирующее заболевание, опасное возможностью возникновения осложнений.

1. Возникновение и прогрессирование болезни, ее рецидивы обусловлены комплексом факторов, некоторые из которых (наследственность и др.) не зависят от пациента, другие же полностью или частично управляются пациентом и его семьей (образ жизни, рабочие стереотипы, семейные традиции питания и др.).
2. Язвы желудка часто являются побочным эффектом приема обезболивающих и противовоспалительных препаратов
3. Алкоголь, пища, курение и эмоциональный стресс могут влиять на развитие язвенной болезни или на процесс её излечения.
4. Боли в верхней части живота является наиболее распространенным симптомом язвы желудка, но многие язвы не вызывают никаких симптомов.
5. Язвы могут быть причиной кровотечения в желудочно-кишечном тракте, что проявляется чёрным цветом кала. Развитие язвенной болезни желудка может стать причиной непроходимости между желудком и тонкой кишкой, следствием которой являются частые сильные рвоты.
6. Язва желудка и ДПК почти всегда может быть успешно вылечена, как правило, без хирургического вмешательства. Во многих случаях язвенная болезнь может быть предотвращена.
7. Лекарства, которыми лечат язву желудка и двенадцатиперстной кишки, включают антибиотики, средства, нейтрализующие или уменьшающие секрецию кислоты желудочного сока, а также препараты, улучшающие сопротивляемость желудка и двенадцатиперстной кишки.

Советы пациенту и его семье:

- В течение всего периода обострения - режим физического и психологического покоя.
- Исключается прием ряда лекарственных препаратов (при отсутствии абсолютных показаний, необходимо посоветоваться с врачом).
- Питание дробное, 4-5 раз в день, с исключением жареного, жирного, соленого, острого. В течение первых 4-5 дней пища, механически и химически щадящая, затем диета с достаточным содержанием белка. Предпочтение отдается вареным блюдам.

- Диета должна соблюдаться и в период ремиссии.
- Отказ от вредных привычек

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях**

Не применяются