



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

## Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей

МКБ 10: **K25 / K26**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Союз педиатров России**

**Утверждены**  
Союзом педиатров России

**Согласованы**  
Научным советом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации  
— \_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Оглавление

Ключевые слова .....	4
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация .....	7
1.1 Определение .....	7
1.2 Этиология и патогенез.....	7
1.3 Эпидемиология .....	9
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	9
1.5 Примеры диагнозов .....	10
1.5 Классификация.....	11
2. Диагностика .....	11
2.1 Жалобы и анамнез.....	11
2.2 Физикальное обследование.....	12
2.3 Лабораторная диагностика.....	12
2.4 Инструментальная диагностика .....	14
2.5 Дифференциальная диагностика .....	14
3. Лечение.....	15
3.1 Консервативное лечение .....	15
3.2 Хирургическое лечение.....	17
4. Реабилитация .....	18
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	18
5.1 Профилактика.....	18
5.2 Диспансерное наблюдение.....	18
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома ....	18
6.1 Осложнения .....	18
6.2 Ведение детей.....	19
6.3 Исходы и прогноз .....	20
7. Критерии оценки качества медицинской помощи .....	20
Список литературы.....	20
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	23
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	24
Приложение А3. Связанные документы .....	25
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента .....	26

Приложение В. Информация для пациента .....	27
Приложение Г1. Общий обзор возможных схем лечения.....	29
Приложение Г2. Перечень основных лекарственных препаратов, используемых для лечения язвенной болезни .....	31
Приложение Г3. План диспансерного наблюдения детей и подростков с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки .....	31
Приложение Г4. Эндоскопическая картина стадий язвенного поражения.....	33
Приложение Г5. Расшифровка примечаний .....	34

## Ключевые слова

- язвенная болезнь желудка
- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- пептическая язва
- диспептические расстройства
- *Helicobacter pylori*
- эрадикационная терапия

## Список сокращений

АД - артериальное давление

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ - аспаратаминотрансфераза

ВОПТ – верхние отделы пищеварительного тракта

ДПК - двенадцатиперстная кишка

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИПП - ингибиторы протонной помпы

ЛФК – лечебная физкультура

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

НР - *Helicobacter pylori*

СО - слизистая оболочка

УЗИ - ультразвуковое исследование

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

ЭКГ - электрокардиография

Эхо-КГ - эхокардиография

ЯБ - язвенная болезнь

ЯБДПК - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

ЯБЖ - язвенная болезнь желудка

## **Термины и определения**

Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются

# 1. Краткая информация

## 1.1 Определение

**Язвенная болезнь (ЯБ)** – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

## 1.2 Этиология и патогенез

Язвенная болезнь – полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Большое значение имеет наследственная отягощенность (генетически детерминированная высокая плотность париетальных клеток, их повышенная чувствительность к гастрину, дефицит ингибиторов трипсина, врожденный дефицит антитрипсина и др.) При воздействии неблагоприятных факторов (инфицирование *Helicobacter pylori*, длительная погрешность в питании, психоэмоциональный стресс, вредные привычки) реализуется генетическая предрасположенность к развитию ЯБ [13].

В основе патогенеза ЯБ лежит нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки (СО) желудка и двенадцатиперстной кишки [3]. Усиление факторов агрессии или ослабление факторов защиты приводят к нарушению этого равновесия и возникновению язвы.

К факторам агрессии относят гиперпродукцию соляной кислоты, повышенную возбудимость обкладочных клеток, обусловленную ваготонией, инфекционные факторы (*Helicobacter pylori*), нарушение кровоснабжения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение антродуоденального кислотного тормоза, желчные кислоты и лизолецитин.

Факторами защиты являются слизистый барьер, муцин, сиаловые кислоты, бикарбонаты – обратная диффузия ионов водорода, регенерация, достаточное кровоснабжение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, антродуоденальный кислотный тормоз.

В конечном итоге, формирование язвенного дефекта обусловлено действием соляной кислоты (правило К.Schwarz «Нет кислоты – нет язвы») на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, что позволяет считать антисекреторную терапию основой лечения обострений язвенной болезни [2].

Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам *H.pylori*, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными

Б.Маршаллом (B.Marshall) и Дж.Уорреном (J.Warren). Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Обсеменение слизистой оболочки желудка *H.pylori* сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты.

Избыточное поступление соляной кислоты в просвет двенадцатиперстной кишки в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует усилению дуоденита, возникновению кишечной метаплазии и распространению *H.pylori*. При наличии наследственной предрасположенности и действии дополнительных этиологических факторов (погрешности в питании, нервно-психические стрессы и др.) формируется язвенный дефект [15].

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 [4].

В таблице 1 представлена характеристика типов язв.

**Таблица 1** - Типы язв и их характеристика.

<b>Типы язв</b>	<b>Причины</b>	<b>Клинические проявления</b>
<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, гастрин)	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**

Язвенная болезнь является достаточно распространенным заболеванием ( $1,6 \pm 0,1$  на 1000 детей по данным Нижегородского НИИ детской гастроэнтерологии), характеризуется хроническим рецидивирующим течением и возможностью опасных для жизни осложнений. У школьников ЯБ встречается в 7 раз чаще, чем у дошкольников ( $2,7$  на 1000 и  $0,4$  на 1000, соответственно), у городских детей – в 2 раза чаще, чем у сельских. Соотношение мальчиков и девочек 3:1.

В структуре патологии органов пищеварения удельный вес язвенной болезни составляет 1,6%, а среди заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки - 2,7%.

В структуре ЯБ у детей язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) представлена в 81% случаев, реже встречаются ЯБ желудка (13%) и сочетанная локализация язвенных дефектов в желудке и двенадцатиперстной кишке – 6%.

### **1.4 Кодирование по МКБ-10**

**Язва желудка (K25):**

K25.0 - Острая с кровотечением

K25.1 - Острая с прободением

K25.2 - Острая с кровотечением и прободением

K25.3 - Острая без кровотечения 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

К25.9 - Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

**Язва двенадцатиперстной кишки (K26):**

К26.0 - Острая с кровотечением

К26.1 - Острая с прободением

К26.2 - Острая с кровотечением и прободением

К26.3 - Острая без кровотечения или прободения

К26.4 - Хроническая или неуточненная с кровотечением

К26.5 - Хроническая или неуточненная с прободением

К26.6 - Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

К26.7 - Хроническая без кровотечения или прободения

К26.9 - Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

**1.5 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.

## 1.5 Классификация

Классификация язвенной болезни по А.В. Мазурину, 1984 года с добавлениями В.Ф. Приворотского и Н.Е. Лупповой, 2005 года представлена в таблице 2.

**Таблица 2** - Классификация язвенной болезни

(по А.В. Мазурину, 1984 года с добавлениями В.Ф. Приворотского и Н.Е. Лупповой, 2005 года)

<b>Фазы:</b>	<b>Течение:</b>	<b>Локализация:</b>	<b>Форма:</b>	<b>Инфицирование <i>H.pylori</i></b>
1. Обострение. 2. Неполная клиническая ремиссия. 3. Клиническая ремиссия.	1. впервые выявленная, 2. редко рецидивирующая (ремиссия более 3х лет), 3. непрерывно-рецидивирующая (ремиссия менее 1 года)	желудок. двенадцатиперстная кишка: - луковица - постбульбарные отделы двойная локализация	1. Неосложненная. 2. Осложненная: 1) кровотечение 2) пенетрация 3) перфорация 4) стеноз привратника 5) перивисцерит	1. Н.р.- позитивная, 2. Н.р.- негативная
<b>Функциональная характеристика:</b> Кислотность желудочного содержимого и моторика могут быть повышены, понижены и нормальными.				
<b>Клинико-эндоскопические стадии язвенной болезни:</b> 1 стадия - свежая язва 2 стадия - начало эпителизации язвенного дефекта 3 стадия - заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените 4 стадия - клинико-эндоскопическая ремиссия				
<b>Сопутствующие заболевания:</b> - панкреатит - эзофагит - холецистохолангит				

## **2. Диагностика**

### 2.1 Жалобы и анамнез

Особенностями современного течения ЯБ у детей являются рост частоты заболевания, рост частоты осложнений и рецидивирования, а также нивелирование сезонности обострений и их бессимптомное течение у половины больных [15]. 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 ЯБ ДПК сходна с таковой у взрослых, хотя может быть и более стертой.

- При сборе анамнеза рекомендовано обращать внимание на наличие следующих жалоб:

○ 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

**Комментарии:** *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 больных с поздней диагностикой ЯБ, что приводит к более частому рецидивированию заболевания у этой категории больных и раннему формированию его осложнений, приводящих к снижению качества жизни детей с ЯБ.*

## **2.2 Физикальное обследование**

- При осмотре рекомендовано обратить внимание на наличие белого налета на языке
- При пальпации рекомендовано 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.*

- Рекомендовано оценить наличие симптомов мышечной защиты.

**Комментарии:** *симптом мышечной защиты бывает редко, чаще во время сильных болей.*

- В фазе обострения рекомендовано оценить наличие положительного симптома Менделя [2,12,15].

## **2.3 Лабораторная диагностика**

*Патогномоничных для язвенной болезни лабораторных маркеров нет.*

- Проведение исследований рекомендовано для исключения осложнений.

**Комментарии:** *пациентам проводят общий развернутый анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, уровень общего белка, альбумина, амилазы, липазы, аспаратаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), щелочной фосфатазы, глюкозы, сывороточного железа в крови*

- Рекомендовано выполнение определения инфицированности *Helicobacter pylori* [7,14]

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1а)**

- Определение моноклонального фекального антигена *H. pylori* и уреазный дыхательный тест с С13-меченным атомом углерода (С13-УДТ) являются основными неинвазивными тестами.

**(Степень рекомендации В; уровень доказательности 2а)**

- В случае отсутствия возможности выполнения вышеуказанных неинвазивных диагностических методов рекомендовано проведение исследования на наличие антител к *H. pylori* в сыворотке крови.

**(Степень рекомендации В; уровень доказательности 1b)**

**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. В связи с вариабельностью точности различных коммерческих серологических тестов следует использовать только валидированные IgG серологические тесты. Утвержденные (валидированные) серологические тесты, основанные на обнаружении антигеликобактерных антител класса IgG, могут использоваться после недавнего применения antimicrobных или антисекреторных препаратов, а также в случае кровотечения, атрофии и рака желудка. Исследования сыворотки крови на наличие антител к *H. pylori* наиболее информативны при проведении эпидемиологических исследований.*

- У пациентов, которых получают ингибиторы протонной помпы (ИПП) рекомендовано, если возможно, приостановить прием ИПП на 2 недели перед тестированием с помощью бактериологического, гистологического методов, быстрого уреазного теста, УДТ или выявления *H.pylori* в кале. [7]

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1b)**

## **2.4 Инструментальная диагностика**

- Рекомендовано проведение фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), при локализации язвы в желудке рекомендовано взятие 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы с их гистологическим исследованием.

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

**Комментарии:** *ФЭГДС позволяет достоверно диагностировать и охарактеризовать язвенный дефект. Позволяет контролировать его заживление, проводить цитологическую и гистологическую оценку морфологической структуры слизистой оболочки желудка, исключать злокачественный характер изъязвления*

*Эндоскопическая картина стадий язвенного поражения приводится в Приложении Г4.*

- Рекомендовано для исключения сопутствующей патологии выполнять ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (печени, поджелудочной железы, желчного пузыря).

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

- Рекомендовано измерение кислотности среды методом внутрижелудочной рН-метрии

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1b)**

- Рекомендовано проведение контрастного рентгенологического исследования верхних отделов ЖКТ (по показаниям: при выявлении осложнений ЯБ или при наличии противопоказаний к эндоскопическому исследованию)

**(Степень рекомендации В; уровень доказательности 2a)**

- Компьютерная томография проводится по показаниям: при выявлении пенетрирующих язв для уточнения локализации дефекта по отношению к окружающим органам, при демонстрации картины панкреатита и пенетрации в поджелудочную железу, при пневмобилии при пенетрации в желчные пути)

**(Степень рекомендации В; уровень доказательности 2a)**

## **2.5 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, результатам 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

#### 3.1 Консервативное лечение

- Рекомендовано проведение эрадикационной терапии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*. [7,14]

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

- В качестве терапии первой линии, если резистентность к кларитромицину не превышает 15–20%, рекомендовано использовать стандартную тройную терапию (по последним рекомендациям IV Маастрихтского соглашения (2010 г.), ESPGHAN and NASPGHAN (2011 г.)):
  - ИППП (эзомепразол<sup>ж</sup> <sup>вк</sup>, рабепразол, омепразол<sup>ж</sup> <sup>вк\*</sup>) 1-2 мг/кг/сут + амоксициллин 50 мг/кг/сут + кларитромицин<sup>ж</sup> <sup>вк</sup> 20 мг/кг/сут
  - ИППП + кларитромицин<sup>ж</sup> <sup>вк</sup> + метронидазол<sup>ж</sup> <sup>вк</sup> 20 мг/кг/сут.

Продолжительность терапии 10-14 дней.

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

**Комментарии:** с целью повышения приемлемости терапии возможно использование т.н. «последовательной» схемы, при которой ИППП назначается на 14 дней, а антибиотики последовательно по 7 дней каждый.

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

Для оценки эффективности антихеликобактерной терапии используются стандартные неинвазивные тесты. Контроль эффективности эрадикации определяется как минимум через 6 нед. после окончания лечения

\*-Омепразол- Применение препарата у детей off label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации, при наличии подписанного

информированного согласия законного представителя и ребенка в возрасте старше 14 лет.

- 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.

- ИПП + амоксициллин<sup>ж вк</sup> + кларитромицин<sup>ж вк</sup>
- ИПП + амоксициллин<sup>ж вк</sup> или кларитромицин<sup>ж вк</sup> + нифурател (30 мг/кг/сут)
- ИПП + амоксициллин<sup>ж вк</sup> + джозамицин<sup>ж вк</sup> (50 мг/кг/сут, не более 2г/сут).

Возможно применение «последовательной» схемы.

- В качестве терапии второй линии используются квадротерапия:

- висмута субцитрат<sup>ж вк</sup> + ИПП + амоксициллин<sup>ж вк</sup> + кларитромицин<sup>ж вк</sup>
- висмута субцитрат<sup>ж вк</sup> + ИПП + амоксициллин<sup>ж вк</sup> или кларитромицин<sup>ж вк</sup> + нифурател.

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

**Комментарии:** продолжительность лечения 10-14 дней [18].

- С целью преодоления устойчивости *H.pylori* к кларитромицину и снижения побочных эффектов от применения антибактериальных препаратов рекомендовано использовать схему с последовательным назначением антибиотиков:

- ИПП + висмута субцитрат<sup>ж вк</sup> + амоксициллин<sup>ж вк</sup> - 5 дней, затем ИПП + висмута субцитрат<sup>ж вк</sup> + джозамицин<sup>ж вк</sup> - 5 дней [19].

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

**Комментарии:** Низкая выявляемость семейного носительства НР-инфекции и отсутствие системного подхода к ее эрадикации способствует реинфицированию НР и, как следствие, рецидивированию ЯБДПК у детей [20]. Наиболее высокая эффективность и безопасность антихеликобактерной терапии проявляется на фоне пребиотической или пробиотической терапии.

- В случае язвенной болезни, не ассоциированной *H. pylori*, целью лечения считают купирование клинических симптомов болезни и рубцевание язвы. В связи с этим рекомендовано назначение антисекреторных препаратов.

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**



- Рекомендовано в качестве препаратов выбора при язвенной болезни, не ассоциированной с *H. pylori*, в настоящее время использовать ингибиторы протонного насоса: эзомепразол<sup>жвк</sup>, омепразол<sup>жвк\*</sup>, рабепразол, которые назначаются в дозе 1-2 мг/кг/сут. Продолжительность курса ИПП 4 недели по ЯДЖ, 8 недель по ЯБДПК [21].

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

- H<sub>2</sub>-блокаторы утратили свои позиции и в настоящее время применяются редко, главным образом, их назначение может быть рекомендовано при язвенной болезни, не ассоциированной *H. pylori*, при невозможности применения ИПП (или в комбинации с ними) с целью усиления антисекреторного действия [2].

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

- Антацидные препараты (алюминия гидроксид или фосфат, магния гидроксид) рекомендовано применять в комплексной терапии с симптоматической целью для купирования диспепсических жалоб.

**(Степень рекомендации В; уровень доказательности 3)**

**Комментарии:** для усиления цитопротекции назначается висмута субцитрат 8 мг/кг/сут до 2-4 недели.

- При нарушениях моторики ЖКТ рекомендовано назначать прокинетики, спазмолитики
- Эффективность лечения при язве желудка рекомендовано контролировать эндоскопическим методом через 8 нед, при дуоденальной язве — через 4 нед [21].
- *Общий обзор возможных схем лечения приводится в Приложении Г1. Перечень основных лекарственных препаратов, используемых для лечения язвенной болезни приводится в Приложении Г2.*

### **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 консервативным методами, в том числе и с применением эндоскопического гемостаза.

**(Степень рекомендации А; уровень доказательности 1a)**

**Комментарии:** при выборе метода хирургического лечения предпочтение отдают органосохраняющим операциям.

## **4. Реабилитация**

- Рекомендовано проведение физиотерапии и лечебной физкультуры (ЛФК) 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

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

### **5.1 Профилактика**

*Профилактика ЯБ предполагает устранение факторов, способствующих язвообразованию: борьбу с вредными привычками (курением), нормализацию режима дня, а также характера питания, проведение эрадикации инфекции НР у больных с функциональной диспепсией, одновременное назначение ИПП при необходимости приема НПВП и антикоагулянтов.*

*Важное место в профилактике язвенной болезни и ее рецидивов занимает санаторно-курортное лечение, проводимое не ранее чем через 2-3 месяца после стихания обострения.*

### **5.2 Диспансерное наблюдение**

*Диспансерное наблюдение за пациентом с язвенной болезнью проводится в течение 5 лет от начала заболевания или обострения, даже при отсутствии морфологического субстрата язвы (клинико-эндоскопическая ремиссия).*

*План диспансерного наблюдения детей и подростков с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки представлен в Приложении Г3 [13].*

## **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома**

### **6.1 Осложнения**

Осложнения ЯБ в детском возрасте отмечаются у 7-10% больных. 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%) [15,17].

**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 [15,17].

## **6.2 Ведение детей**

Показания к госпитализации:

- ЯБ с клинической картиной выраженного обострения (выраженный болевой синдром).
- Признаки осложнений ЯБ.
- ЯБ с наличием осложнений в анамнезе.
- ЯБ с сопутствующими заболеваниями.
- Обнаружение в желудке изъязвлений, требующих дифференциальной диагностики между доброкачественными язвами и раком желудка.

Детей с обострением язвенной болезни лечат в условиях педиатрического или гастроэнтерологического отделений.

Длительность пребывания в стационаре составляет в среднем 14-21 день при дебюте и рецидивах язвенной болезни.

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

Дети в стадии ремиссии наблюдаются в амбулаторных условиях.

Снятие с диспансерного учета возможно при полной ремиссии в течение 5 лет [12,13,17].

### **6.3 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% больных. Прогноз ухудшается при большой давности заболевания в сочетании с частыми, длительными рецидивами, при осложнённых формах язвенной болезни.

## **7. Критерии оценки качества медицинской помощи**

**Таблица 1** - Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при ЯБ

<b>№ п/п</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1.	Выполнено определение инфицированности <i>Helicobacter pylori</i>	1a	A
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	1a	A
3.	Проведена эрадикационная терапии (при выявлении <i>Helicobacter pylori</i> )	1a	A
4.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторов протонного насоса (при отсутствии инфицированности <i>Helicobacter pylori</i> , при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a	A

### **Список литературы**

1. Peptic ulcer disease Review Article. Paediatrics and Child Health, Volume 24, Issue 11, November 2014, Pages 485-490. Arun Nanjundaraje Urs, Priya Narula, Mike Thomson
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. Москва -2013. 39 стр.
3. Shay H., Sun D.C.H. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer // In: H.L.Bockus “ Gastroenterology” – Vol.1. – Philadelphia-London, 1968. – P.420-465.

4. Koletzko S., Richy F., Bontems P., Crone J., Kalach N., Monteiro L. et al. Prospective multicenter study on antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* strains obtained from children living in Europe // *Gut*. 2006; 55 (12): 1711–1716.
5. Jones N., Fallone C., Flook N., Sherman P., Smaill F., van Zanten S. J. et al. Consensus Conference: Update on the Management of *Helicobacter pylori*. An evidence-based evaluation of *Helicobacter pylori* infection and clinical sequelae in children and adolescents // *Can J Gastroenterol*. 2005; In Press.
6. Khurana R., Fischbach L., Chiba N., van Zanten S. V., Sherman P. M., George B. A. et al. Meta-analysis: *Helicobacter pylori* eradication treatment efficacy in children // *Aliment Pharmacol Ther*. 2007, Mar 1; 25 (5): 523–536.
7. Щербаков А.П., Щербаков П.Л. Ведение хеликобактерной инфекции у детей (научно обоснованные рекомендации ESPGHAN и NASPGHAN 2010 года)/ *Ж. Лечащий врач*, 2011, №6
8. Macarthur C. *Helicobacter pylori* infection and childhood recurrent abdominal pain: lack of evidence for a cause and effect relationship // *Can J Gastroenterol*. 1999, Sep; 13 (7): 607–610.
9. Johnson HD. Etiology and classification of gastric ulcers. *Gastroenterology* 1957; 33:121–3. [A classic paper differentiating between various types of gastric ulcer.]
10. Koletzko S1, Jones NL, Goodman KJ et al. Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for *Helicobacter pylori* infection in children/*J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011 Aug;53(2):230-43. doi: 10.1097/MPG.0b013e3182227e90.
11. Корниенко Е.А. Лечение инфекции *H. pylori* у детей. Методическое пособие для врачей/ *Ж."БИОКОДЕКС"*; 2010, С.1-56
12. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. и др. *Детская гастроэнтерология*. ГЕОТАР-Москва, 2009, С. 32-61
13. Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы. СпецЛит, Санкт-Петербург, 2011, С. 26-38
14. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Atherton J., Axon A.T.R., Bazzoli F., Gensini G.F., Gisbert J.P., Graham D.Y., Rokkas T., El-Omar E.M., Kuipers E.J., The European *Helicobacter* Study Group (EHSg). Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht—IV/Florence Consensus Report. *Gut* 2012; 61: 646—664
15. *Гастроэнтерология детского возраста* (под редакцией С.В. Бельмера и А.И. Хавкина) – Москва: ИД Медпрактика-М, 2011.-420 с.
16. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. (под общей редакцией А.А.Баранова, Н. Н. Володина, Г.А. Самсыгиной). В 2-х томах, Литтерра; 2007, -2252 с.

17. Клиника, диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения у детей. Методическое пособие. Под ред. Л.Ф.Казначеевой. - Новосибирск, 2013. - 64с.
18. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение) / Методические рекомендации № 37 Департамента здравоохранения города Москвы. — М.: ЦНИИГ, 2010.
19. Корниенко Е.А. Вестник практического врача 2012; спецвыпуск №1:36-41.
20. Горячева О.А. Особенности течения язвенной болезни детей на современном этапе. Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва, 2009, 25 стр.
21. Chey W.D. Appendix 1//Aliment. Pharmacol. Ther.– 2005. – Vol.21 (Suppl 1): 21–33.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы**

**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

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

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

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 рекомендациями, сформулированными

на согласительной конференции Маастрихт IV/Флоренция.

**Таблица III** - Классы и уровни доказательности рекомендаций, сформулированных на согласительной конференции Маастрихт IV/Флоренция

Класс рекомендаций*	Уровень доказательности		Тип исследований
А	1	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) хорошего методологического качества и однородности
		1b	Отдельные РКИ с узким доверительным интервалом
		1c	Отдельные РКИ с вероятностью систематической ошибки
В	2	2a	Систематический обзор однородных когортных исследований
		2b	Отдельные когортные исследования (включая РКИ низкого качества, например с периодом наблюдения < 80%)
		2c	Неконтролируемые когортные исследования/экологические исследования
	3	3a	Систематический обзор однородных исследований «случай-контроль»
		3b	Отдельные исследования «случай-контроль»
С	4		Серии клинических случаев/когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества
Д	5		Мнение экспертов без четкой клинической оценки или основанное на данных физиологии и фундаментальных исследований
н/о	н/о		Не оценивалось

\*Высший класс рекомендаций (=сила рекомендаций) не всегда соответствует высшему уровню доказательности



## **Приложение А3. Связанные документы**

### **Порядки оказания медицинской помощи:**

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи";

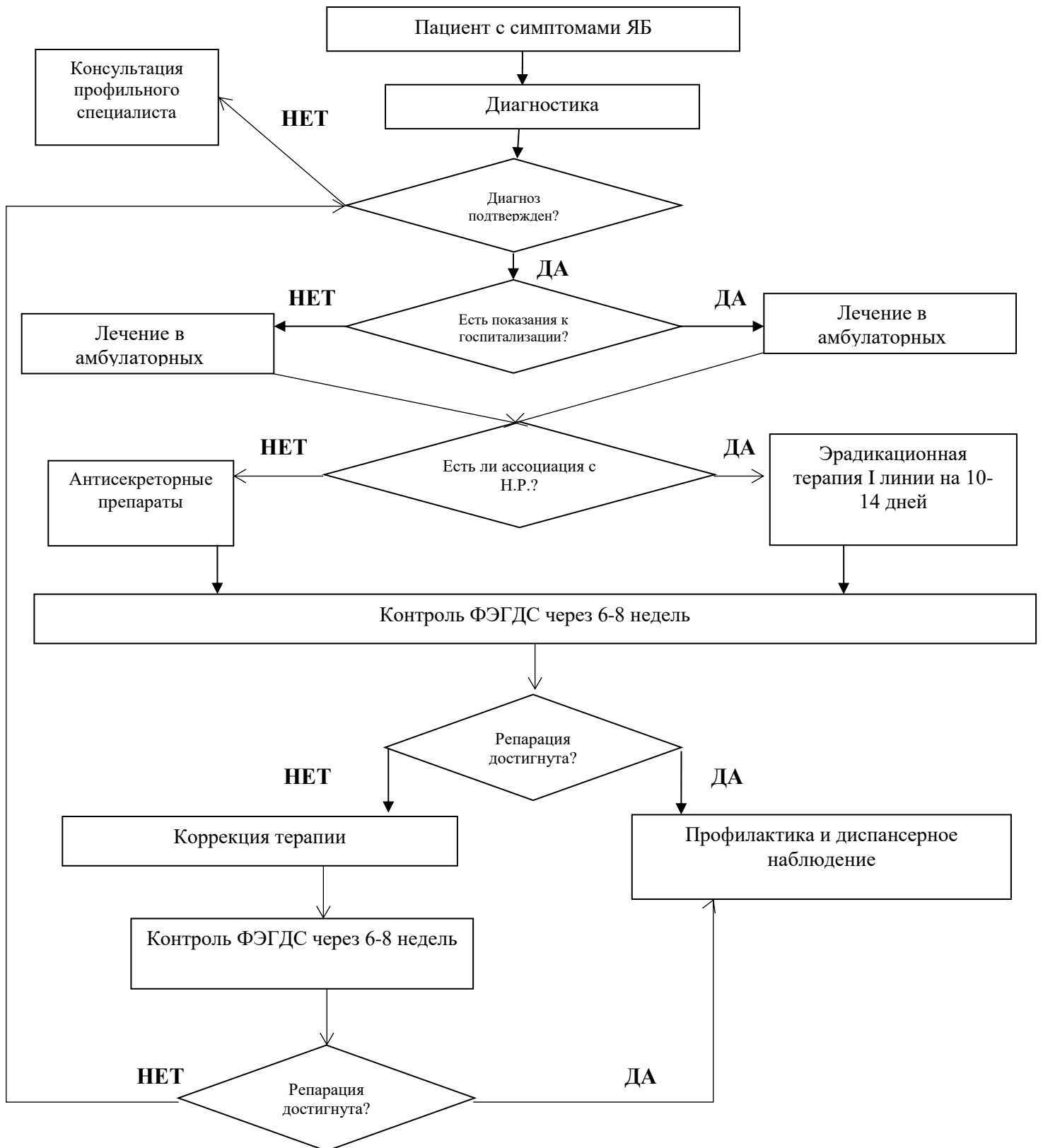
### **Критерии оценки качества медицинской помощи:**

Приказ Минздрава России 520н от 15 июля 2016г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

### **Стандарты оказания медицинской помощи:**

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012 г. N 638н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки"

## Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



## Приложение В. Информация для пациента

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 ацетилсалициловой кислоты, нестероидных противовоспалительных препаратов, патентованных средств «от головной боли», пероральных глюкокортикостероидов (при отсутствии абсолютных показаний).
- Питание дробное, 4-5 раз в день, с исключением жареного, жирного, соленого, острого. В течение первых 4-5 дней пища механически и химически щадящая (стол № 1 а, б), затем диета с достаточным содержанием белка. Предпочтение отдается вареным блюдам (столы № 1, 5).
- Диета должна соблюдаться и в период ремиссии.

- Отказ от вредных привычек

## Приложение Г1. Общий обзор возможных схем лечения

Утверждение	Уровень доказательности	Класс рекомендаций
Не следует назначать трехкомпонентную терапию, включающую ингибиторы протонной помпы (ИПП) и кларитромицин, без предварительного определения чувствительности к антибиотикам в регионах, где уровень резистентности к кларитромицину превышает 15-20%.	5	D
В регионах, где уровень резистентности к кларитромицину низкий, схема с кларитромицином является рекомендованной эмпирической терапией первой линии. Возможной альтернативой является четырехкомпонентная терапия с препаратами висмута.	1a	A
В регионах с высоким уровнем резистентности к кларитромицину рекомендованной эмпирической терапией первой линии является четырехкомпонентная терапия с препаратом висмута. Если применение такой схемы невозможно, показана «последовательная» терапия или четырехкомпонентная терапия без препаратов висмута.	1a	A
Использование высоких доз ИПП (два раза в день) повышает эффективность трехкомпонентной терапии.	1b	A
Возможно увеличение продолжительности трехкомпонентной терапии, включающей ИПП и кларитромицин, с 7 до 10-14 дней. Это повышает частоту успешной эрадикации приблизительно на 5%.	1a	A
Схемы ИПП — кларитромицин — метронидазол (ИКМ) и ИПП — кларитромицин — амоксициллин (ИКА) эквивалентны.	1a	A
Некоторые пробиотики и пребиотики, используемые в качестве дополнительных препаратов, демонстрируют многообещающие результаты (снижение частоты побочных эффектов).	5	D

Трехкомпонентная схема, включающая ИПП и кларитромицин, не нуждается в индивидуальной коррекции (за исключением дозы).	5	D
В случае неэффективности трехкомпонентной терапии, включающей ИПП и кларитромицин, показана четырехкомпонентная терапия с препаратом висмута или трехкомпонентная терапия с левофлоксацином.	1a	A
При неэффективности терапии второй линии лечение по возможности должно основываться на определении чувствительности к антибиотикам.	4	A
Уреазный дыхательный тест или валидированный лабораторный метод анализа кала на антигены <i>H. pylori</i> с использованием моноклональных антител — неинвазивные методы, рекомендуемые для оценки эффективности эрадикационной терапии. Использование серологических методов не рекомендуется.	1a	A

#### Лечение язвенной болезни, сочетающейся с инфекцией *Helicobacter pylori*

Утверждение	Уровень доказательности	Класс рекомендаций
При неосложненной ЯБДПК длительное подавление кислотной секреции при помощи ИПП после лечения <i>H. pylori</i> не рекомендуется.	5	D
При ЯБЖ и осложненной ЯБДПК рекомендуется длительный прием ИПП.	1a	A
При язвенном кровотечении эрадикационную терапию <i>H. pylori</i> следует начинать с возобновлением перорального питания.	1a	A

**Приложение Г2. Перечень основных лекарственных препаратов,  
используемых для лечения язвенной болезни**

Код	Наименование лекарственного препарата
<b>Антациды</b>	
A02AB03	Алюминия фосфат
A02AX	Алгелдрат+Магния гидроксид
<b>Ингибиторы протонной помпы</b>	
A02BC01	Омепразол <sup>Ж ВК*</sup>
A02BC02	Рабепразол
A02BC05	Эзомепразол <sup>Ж ВК</sup>
<b>Гастропротекторы</b>	
A02BX05	Висмута трикалия дицитрат <sup>Ж ВК</sup>
<b>Антибактериальные средства</b>	
J01CA04	Амоксициллин <sup>Ж ВК</sup>
J01FA07	Джозамицин <sup>Ж ВК</sup>
J01FA09	Кларитромицин <sup>Ж ВК</sup>
J01XD01	Метронидазол <sup>Ж ВК</sup>
J01AA07	Тетрациклин
G01AX05	Нифурател

\* - Применение препарата у детей off label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации, при наличии подписанного информированного согласия законного представителя и ребенка в возрасте старше 14 лет

**Приложение Г3. План диспансерного наблюдения детей и подростков с  
язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки**

Группа учёта	Кратность осмотров педиатром и специалистами	Перечень и кратность лабораторно-инструментальных методов исследования	Перечень противорецидивных и реабилитационных мероприятий
<b>III группа: стадия реконвалесценции</b>	Педиатр – 1 раз в 3 мес; гастроэнтеролог – 1 раз в 3 мес.; невролог – по показаниям	При ЯБ, ассоциированной с Нр: оценка эффективности эрадикационной терапии – через 6 нед. после окончания курса антихеликобактерной терапии неинвазивными методами. ФЭГДС – 2 раза в год. рН-метрия – 1 раз в год. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы – 1 раз в 6 мес. для исключения сопутствующей патологии. Клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь – по показаниям.	Диета – стол №1 - 3 нед., далее №15 Противорецидивная и симптоматическая терапия – не реже 2-3 раза в год в течение 1-1,5мес (антациды, ИПП, H <sub>2</sub> – блокаторы гистаминовых рецепторов (при невозможности приема ИПП), коррекция биоценоза). При наличии хеликобактериоза – повторные курсы

			эрадикации Нр в течение 10-14 дней с заменой препаратов. Физиотерапия – 2 раза в год. ЛФК - Группа по физкультуре – специальная. Профилактические прививки – по эпидемиологическим показаниям.
<b>II группа: стадия ремиссии</b>	Педиатр – 2 раза в год; гастроэнтеролог – 2 раза в год;	Исследование на хеликобактериоз – 1 раз в год. ФЭГДС – 1 раз в год. рН-метрия – 1 раз в год. Клинический анализ крови – 2 раза в год.	Диета – стол №15 Противорецидивная и симптоматическая терапия – 1-2 раза в год в течение 1-2 мес. Физиотерапия – по показаниям (при наличии сопутствующей патологии) ЛФК - Группа физкультуры – подготовительная. Профилактические прививки – противопоказаний нет
<b>I группа: стадия стойкой ремиссии</b>	Педиатр – 2 раза в год; гастроэнтеролог – 2 раза в год;	Исследование на хеликобактериоз – 1 раз в год. ФЭГДС – 1 раз в год. рН-метрия – 1 раз в год. Клинический анализ крови – 2 раза в год.	Диета – стол №15 Противорецидивное лечение – по показаниям. Физиотерапия – по показаниям (при наличии сопутствующей патологии) ЛФК - Группа физкультуры – основная Профилактические прививки – противопоказаний нет



## **Приложение Г4. 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 Г5. Расшифровка примечаний**

...ж – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)

...вк – лекарственный препарат, входящий в Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)