

Протокол лечебно-
диагностического
процесса
язвенной болезни
желудка и
12-перстной
кишки
у взрослых



Протокол
лечебно-
диагностического
процесса
язвенной
болезни желудка
и 12-перстной
кишки у
взрослых



Руководство подготовлено при поддержке Агенства США по международному развитию (АМР США). Содержащиеся в нем материалы отражают мнения авторов, которые могут не совпадать с мнением АМР США.

Благодарность

Руководство «Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у взрослых» было разработано Др. Мартой Лебедевой, зав. Отделения Терапии Донецкой Городской клинической больницы #25. Мы приносим ей свою благодарность за значительный вклад в создание документа.

Руководство предназначено для семейных врачей, медсестер и других работников здравоохранения, вовлеченных в оказание медицинских услуг населению. Представленная информация основана на научных доказательствах и освещает вопросы этиологии, диагностики, лечения и профилактики язвенной болезни у взрослых.

Мы также выражаем глубокую признательность членам коллегиальной комиссии АМСЗ по РКП. Их комментарии и дополнения привнесли значительный вклад в написание руководства.

- Др. Стивен Кайрис, Зав. Отделением Педиатрии, Джерси Шор Медикал

Центр, Нью Брунсвик, Нью Джерси,
со-председатель коллегиальной
комиссии АМСЗ по РКП

- Др. Алан Мелник, Директор программы резидентуры в Семейной медицине, Орегонский Медицинский Университет, Портланд, Орегон

- Др. Кермит Ньюкомер, со-председатель коллегиальной комиссии АМСЗ по РКП, Ла Кросс, Висконсин

Американский Союз Здравоохранения также выражает признательность Др. Инне Юркевич, Др. Ольге Дудиной и Др. Лейле Багирзаде за координацию работы партнерств и подготовку законченной версии документа.

Техническая и финансовая поддержка при написании данного руководства была осуществлена Американским Агентством по Международному Развитию (USAID).

ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРО- ЦЕССА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТ- НОЙ КИШКИ У ВЗРОСЛЫХ

Настоящий стандарт лечебно-диагностического процесса при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у взрослых разработан в центре семейной медицины Донецкой городской больницы № 25.

Стандарт предназначен для врачей общей практики на первичном этапе контакта с больным.

Стандарт включает:

1. Шифровку согласно МКБ
2. Перечень обследования: лабораторного и инструментального
3. Перечень вспомогательного или дополнительного обследования
4. Лечение
5. Диагностический алгоритм

Разработчик: Марта Лебедева, зав. терапевтическим отделением ДГБ № 25. Разработан: 29/03/2002

Цель внедрения стандарта:

1. Получение пациентом квалифицированного лечения, которое соответствует современным требованиям медицины
2. Сокращение времени пребывания пациента в центре семейной медицины
3. Сокращение случаев рецидивов и предотвращение избыточного использования антисекреторных препаратов.

Этиология. Причины возникновения пептических язв:

1. прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НСПВ)
2. бактерия *Helicobacter pylori*.
(*Helicobacter pylori* также может быть найдена и при отсутствии симптомов язвенной болезни). Считается, что все случаи дуоденальных язв, а также 2/3 случаев язв желудка ассоциируются с *Helicobacter pylori*
3. другие причины (доброкачественные и злокачественные опухоли)

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. Язвенная болезнь желудка включая пептическую язву пилорического и других отделов желудка (ШИФР: МКБ 10, К-25)

2. Язвенная болезнь 12-ти п.к., включая пептическую язву всех отделов 12-ти п.к. (ШИФР: К-26)

3. Гастроэюнальная язва, включая пептическую язву анастомоза желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки, соустья с исключением первичной язвы тонкой кишки (ШИФР: К-28)

Жалобы при неосложненной язвенной болезни:

- Ноющая, жгучая локальная боль в эпигастриальной области. (менее чем у 50% больных с вышеуказанными жалобами подтверждается диагноз пептической язвы)

- Боль уменьшается при приеме антацидов

- Боль посреди ночи (12 ночи-3 утра) или в перерывах между приемами пищи (голодная боль). Данная жалоба доминирует у 2/3 больных с язвой 12-перстной кишки и 1/3 больных с язвенной болезнью желудка. Однако, вышеуказанная жалоба также преобладает у 1/3 больных с диспепсией без язвенной болезни.
- Отрыжка, как доминирующий симптом, характерна для рефлюкс-эзофагита, но не для пептической язвы.

Признаки осложненной язвенной болезни:

- Желудочно-кишечное кровотечение (мелена, кровавая рвота, положительная реакция на кровь в кале). Самое частое осложнение, встречается в 15-20% случаев
- Обструкция (рвота с предшествующей тошнотой)
- Пенетрация, перфорация язвы (острая боль в животе)
- Рак желудка (потеря веса, отсутствие аппетита). Вероятность возникновения рака желудка возрастает с возрастом. Лица старше 45 лет с недавно возникшими жалобами нуждаются в ранней консультации специалиста-гастроэнтеролога.

II. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

| <u>Наименование</u> | <u>КРАТНОСТЬ</u> |
|---|--|
| 1. Общий анализ крови повторять при отклонении от нормы | 1 раз в 10 дней (с целью оценки прово- димого лечения) |
| 2. Группа крови | однократно |
| 3. Резус-фактор | однократно |
| 4. Анализ кала на скрытую кровь | однократно |
| 5. Общий анализ мочи | однократно |
| 6. Железо сыворотки крови | однократно |
| 7. Ретикулоциты | однократно |
| 8. Сахар крови | однократно |
| 9. Гистологическое и цитологическое исследование биоптата | однократно (если проведена эндоскопия) |
| 10. Уреазный тест | однократно* |

* Данный тест проводится для выявления активной ин-
фекции. Специфичность и чувствительность теста
превышает 90%. Может применяться и для диагнос-
тики успешной эрадикации *Helicobacter pylori*.

Прием антибиотиков и препаратов висмута должен
быть прекращен по крайней мере за 4 недели до теста;
прием Ранитидина и других препаратов группы блока-
торов гистаминовых рецепторов 2-го типа должен

быть приостановлен по крайней мере за 7 дней до процедуры, тест должен проводиться не раньше чем через 6 часов после последнего приема пищи.

Тест не рекомендуется проводить в случае ранее проведенной частичной гастрэктомии в связи с раком желудка, длительного применения ингибиторов протонного насоса (Омепразол и т.д) при тяжелой степени рефлюкс-эзофагита; длительного применения НСПВ препаратов независимо от того развилась ли после этого язва или нет.

Из других неинвазивных тестов для диагностики *Helicobacter pylori* существуют ЕЛИЗА-серологический тест на определение антител IgG (чувствительность теста 90-93%, специфичность 95-96%; не рекомендуется в качестве теста подтверждающего эрадикацию; анализ кала на выявление антигена *Helicobacter pylori* (чувствительность теста 95-98%, специфичность 92-95%; может быть применен для диагностики успешной эрадикации)

III. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы: **однократно**
2. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием: **двукратно (по показаниям) до и после лечения**

Показания к эндоскопии

Несмотря на то, что на сегодняшний день эндоскопия является «золотым стандартом» для диагностики *Helicobacter pylori*, при неосложненных случаях диспепсии у больных моложе 45 лет рекомендуется применение неинвазивных методов диагностики (уровень рекомендации C).

Показанием для эндоскопии является :

- наличие вышеуказанных жалоб наряду с
 - дисфагией
 - повторной рвотой
 - анемией
 - потерей веса более 10% массы тела
 - признаками желудочно-кишечного кровотечения
- рак желудка в семейном анамнезе

- впервые возникшие симптомы у больных старше 45 лет
- если статистика вашего региона показывает, что частота возникновения рака желудка довольно высока и в более молодой возрастной группе, то возрастной ценз для эндоскопии соответственно должен быть уменьшен
- больные рефрактерные к ранее проведенным лечебным мероприятиям с наличием жалоб через 2 недели после эрадикационной терапии или с вновь появившимися жалобами
- отрицательный результат теста на выявление *Helicobacter pylori*

IV. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИЯ ГАСТ- РОЭНТЕРОЛОГА

Проводятся при подозрении на злокачественную язву, при наличии осложнений и сопутствующих заболеваний; а также при безуспешности проведенной терапии. При отсутствии результатов спустя 2 недели после окончания терапии необходимо исключить другие причины пептических язв.

V. ЛЕЧЕНИЕ

Цель: эрадикация НР, заживление язв, профилактика обострений и осложнений язвенной болезни.

Лекарственное лечение гастродуоденальных язв, ассоциированных с хеликобактер пилори (НР).

Схема эрадикации НР включает применение антибиотиков и препаратов понижающих секрецию желудочного сока (уровень рекомендации А). Длительное применение препаратов понижающих секрецию желудочного сока для лечения язвенной болезни вызванной НР не рекомендовано. (уровень рекомендации Б). Успешная эрадикация НР уменьшает частоту рецидивов от 90% до менее чем 5% в год. (уровень рекомендации А)

1. СЕМИДНЕВНЫЕ СХЕМЫ: (можно также применять в течение 10-14 дней; однако нет данных о преимуществе 10-14 дневного курса по сравнению с семидневным)

- **ОМЕПРАЗОЛ (ЛОСЕК, ОМЕЗ** из др. аналогов в настоящее время рекомендуется Лансопразол (Зотон) 20мг 2раза в день или 30 мг 2 раза в день (утром и вечером до еды, не позже 20 часов с обязательным интервалом в 12 часов); капсула должна быть проглочена целиком; не разжевывая
- **КЛАРИТРОМИЦИН (КЛАЦИД)** 250 мг 2раза в день;
- **МЕТРОНИДАЗОЛ (ТРИХОПОЛ** и др.аналоги) 500 мг 2 раза в день в конце еды. Препарат нельзя применять при употреблении алкоголя; возможно появление металлического привкуса во рту и/или потемнение мочи.

Частота эрадикации 87-91%.

- **ОМЕПРАЗОЛ (ЛОСЕК, ОМЕЗ** из др. аналогов в настоящее время рекомендуется Лансопразол (Зотон) 20мг 2раза в день или 30 мг 2 раза в день (утром и вечером до еды, не позже 20 часов с обязательным интервалом в 12 часов); капсула должна быть проглочена целиком; не разжевывая
- **КЛАРИТРОМИЦИН (КЛАЦИД)** 250 мг 2раза в день;
- **АМОКСИЦИЛЛИН** 1г 2 раза в день в конце еды. Амоксициллин рекомендуется в случае безуспешного применения Метронидазола ранее. Метронидазол рекомендуется применять в случае повышенной чувствительности к пенициллину.

Частота эрадикации 80-90%.

- **ОМЕПРАЗОЛ (ЛОСЕК и др. аналоги)** 20мг 2раза в день(утром и вечером, не позже 20 часов с обязательным интервалом в 12 часов);
- **АМОКСИЦИЛЛИН (ФЛЕМОКСИН СОЛУТАБ, ХИКОНИИЛ** и др. аналоги) 1 г 2раза в день в конце еды;
- **МЕТРОНИДАЗОЛ (ТРИХОПОЛ** и др.аналоги) 500 мг 2 раза в день в конце еды.

Частота эрадикации 77-83%.

- **ПИЛОРИД (РАНИТИДИН ВИСМУТ ЦИТРАТ)** 400 мг 2 раза в день в конце еды;
- **КЛАРИТРОМИЦИН (КЛАЦИД)** 250 мг 2 раза в день или **ТЕТРАЦИКЛИН** 500 мг 4 раза в день или **АМОКСИЦИЛЛИН** 1000 мг 2 раза в день;
- **МЕТРОНИДАЗОЛ (ТРИХОПОЛ** и др. аналоги) 500 мг 2 раза в день с едой.

Частота эрадикации 78-83%.

- **ОМЕПРАЗОЛ (ЛОСЕК и др. аналоги)** 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 часов, с обязательным интервалом в 12 часов);
- **КОЛЛОИДНЫЙ СУБЦИТРАТ ВИСМУТА (ВЕНТРИСОЛ, ДЕНОЛ** и др. аналоги) 240 мг 2 раза за 30 мин до еды (завтрак и ужин) или 120 мг 4 раза в день(первые 3 дозы за 30 минут до завтрака обеда и ужина последняя спустя 2 часа после еды перед сном). При применении препарата возможно потемнение языка а также кала; за полчаса до и после приема препарата не рекомендуется употребление молока; применять с предосторожностью у больных с повышенной чувствительностью к аспирину; прекратить прием препарата при появлении звона в ушах.
- **МЕТРОНИДАЗОЛ** 250мг 4 раза в день после еды или **ТИНИДАЗОЛ** 500 мг 2 раза в день после еды;
- **ТЕТРАЦИКЛИН** или **АМОКСИЦИЛЛИН** по 500 мг 4 раза в день после еды.

Частота эрадикации при режиме с тетрациклином 88-90%, при режиме с амоксициллином 80-86%

2. Двухнедельные СХЕМЫ:

- **РАНИТИДИН (ЗАНТАК и др. аналоги)** 150 мг 2 раза в день или **ФАМОТИДИН (ГАСТРОСИДИН, КВАМАТЕЛ, УЛЬФАМИД)** 20 мг 2 раза в день утром и вечером (не позже 20 часов) с обязательным интервалом в 12 часов;
- **КАЛИЕВАЯ СОЛЬ ДВУЗАМЕЩЕННОГО ЦИТРАТА ВИСМУТА-ГАСТРОСТАТ** 120 мг 4 раз в день до еды;
- **МЕТРОНИДАЗОЛ** 250 мг 4 раз в день после еды;
- **ТЕТРАЦИКЛИНА ГИДРОХЛОРИД** 250 мг 4 раз в день после еды. Тетрациклин не следует употреблять совместно с молочными продуктами; антацидами или железосодержащими препаратами; возможно появление фотосенсибилизации после пребывания на солнце и сыпь.

Частота эрадикации 80%

- **КАЛИЕВАЯ СОЛЬ ДВУЗАМЕЩЕННОГО ЦИТРАТА ВИСМУТА-ГАСТРОСТАТ** 120 мг 4 раз в день до еды;
- **МЕТРОНИДАЗОЛ** 250 мг 4 раз в день после еды;
- **ТЕТРАЦИКЛИНА ГИДРОХЛОРИД** 250 мг 4 раз в день после еды.

Частота эрадикации 75%

Комментарии:

- Резистентность может возникнуть в режимах с применением Метронидазола и Кларитромицина
- Курение замедляет заживление язв и ассоциируется с повышенной частотой рецидивов
- При отсутствии симптомов диагностические процедуры для подтверждения успешной эрадикации можно не проводить. При наличии осложнений язвенной болезни эндоскопия показана для подтверждения успешности терапии.

Язвенная болезнь, рефрактерная к лечению

Наиболее распространенными причинами рефрактерных и рецидивирующих язв яв-

ляется 1) неэффективная эрадикационная терапия 2) нераспознанное применение НСПВ; а также несоблюдение инструкции приема лекарств, неполное заживление крупных язв, синдром Золлингер-Эллисон и злокачественные новообразования. При неэффективности первого этапа рекомендуется повторная эрадикационная терапия с использованием других антибиотиков; общая продолжительность лечения 14 дней. Эффективность лечения при язве желудка и гастроеюнальной язве контролируется эндоскопически через 8 недель; при осложненной дуоденальной язве через 4 недели. Использование серологических тестов для подтверждения эрадикации НР не обоснованно, так как титр антител остается повышенным даже при отсутствии НР.

Лечение язв, вызванных НСПВ

Прекратить прием НСПВ. Ацетаминофен также эффективен для лечения артрита средней/тяжелой степени как и НСПВ. Рутинное обследование больных на НСПВ, жалующихся на диспепсию, на НР в настоящее время не рекомендуется. В случае, когда НСПВ не могут быть отменены рекомендуется применение Омепразола (или др аналогов) 20 мг в день в течение 4 недель. Клинические испытания показали что % заживления достигает 75-80% при продолжительности лечения в течение 8 недель.

Если прием НСПВ может быть прекращен рекомендуется применение Ранитидина (или др аналогов) 150 мг 2 раза в день в течение 8 недель.

Для профилактики возникновения пептических язв при приеме НСПВ больным с сопутствующими факторами риска (пептическая язва или ж-к кровотечение в анамнезе, возраст старше 75 лет, заболевания сердечнососудистой системы в анамнезе) рекомендуется одновременное назначение Мизопростола 200 микрограмм 3 раза в день.

Для профилактики обострения язвенной болезни желудка и язвенной болезни 12-ти п.к. и их осложнений:

1. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни, прием одного из антисекреторных препаратов (РАНИТИДИН, ФАМОТИДИН, ОМЕПРАЗОЛ) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной - в течение 2 недель. Если после этого исчезают симптомы обострения - терапию прекращают, если не исчезает - делаем ЭФГДС и др. исследования, предусмотренные данным протоколом.

2. НЕПРЕРЫВНАЯ (в течение месяца и

даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе, например, принимать ежедневно вечером по 150 мг ранитидина или по 20 мг фамотидина (гастроцидина, кваматела, ульфамида). Показания к этому виду терапии являются:

- осложнения язвенной болезни (язвенное кровотечение или перфорация);
- сопутствующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;
- больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением язвенной болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию.

VI. Лекарственное лечение гастродуоденальных язв не ассоциированных с хеликобактер пилори (НР).

Исключить или уменьшить курение и употребление алкоголя; а также прием НСПВ. Используем следующие лекарственные комбинации и схемы (одну из них):

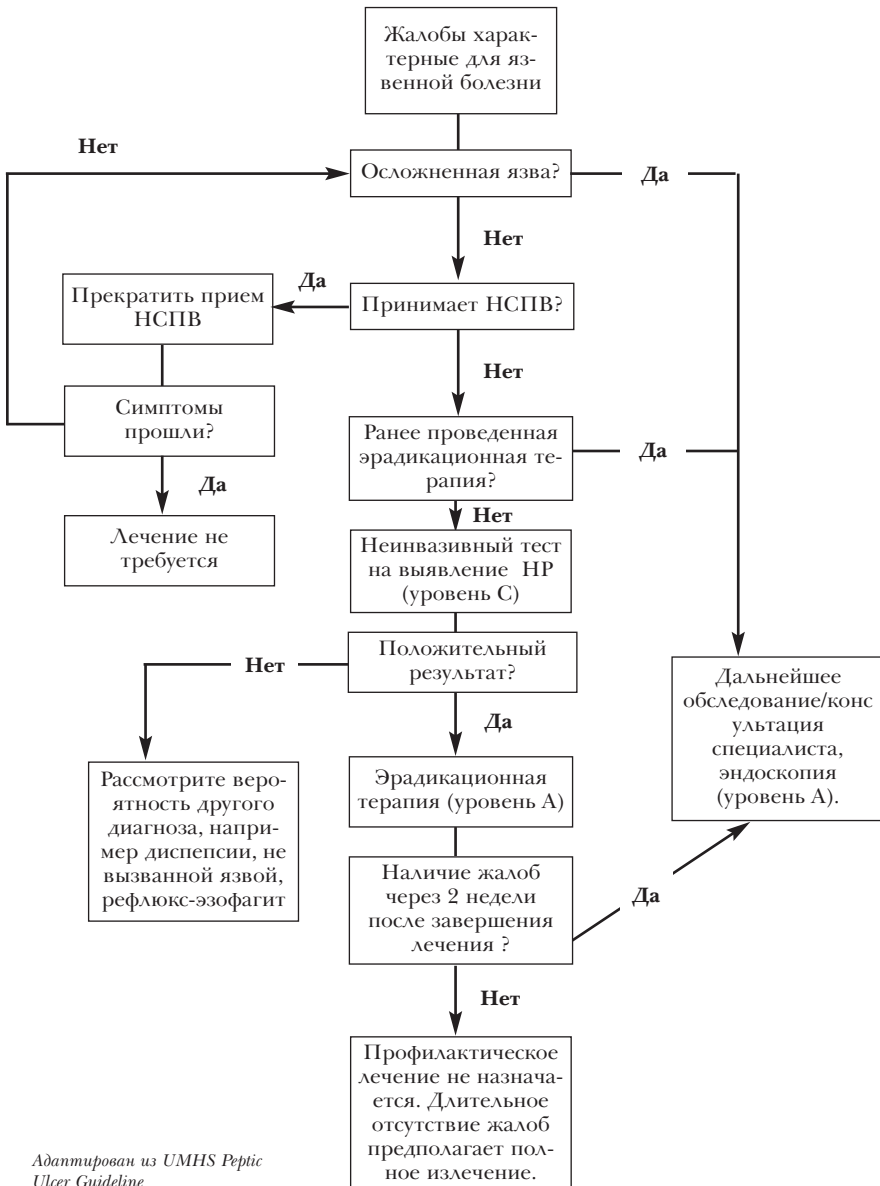
1. **РАНИТИДИН (ЗАНТАК и др. аналоги)** 300 мг в сутки однократно в 19-20 часов и антацидный препарат (МАОЛОКС, РЕМАГЕЛЬ, ГАСТРИН ГЕЛЬ и др.) в качестве симптоматического средства.
2. **ФАМОТИДИН (ГАСТРОСИДИН, КВАМАТЕЛ, УЛЬФАМИД)** 40 мг в сутки в 19-20 ч и антацидный препарат (МАОЛОКС, РЕМАГЕЛЬ, ГАСТРИН ГЕЛЬ и др) в качестве симптоматического средства;
3. **СУКРАЛЬФАТ (ВЕНТЕР, СУКРАТ ГЕЛЬ)** 4 г в сутки, чаще 1г за 30 мин до еды и вечером спустя 2 часа после еды в течение 4-х недель, далее 2 г в сутки в течение 8 недель.

Для лечения рефрактерных язв 12-перстной кишки не ассоциированных с НР рекомендуется применять максимальную дозу препаратов ряда ингибиторов протонного насоса (Омепразол и тд). Одновременное применение препаратов ряда ингибиторов протонного насоса (ИПН) и блокаторов гистаминовых рецепторов 2-го типа (БГР2) не рекомендуется из-за возможного уменьшения эффективности ИПН. При язвах рефрактерных к БГР2 рекомендуется применение ИПН (уровень А)

Уровни рекомендаций:

- А** рандомизированные клинические испытания или мета-анализ со статистически достоверным результатом
- Б** рандомизированные клинические испытания или мета-анализ, в которых клинический результат вероятен, но не достоверен
- С** нерандомизированные клинические испытания, решение принимается по усмотрению врача
- Д** рекомендации экспертной комиссии; результат отдельных клинических наблюдений

Диагностический Алгоритм



Адаптирован из UMHS Peptic Ulcer Guideline

Библиография:

1. National Guideline Clearinghouse. Evaluation of dyspepsia. Пересмотрен 2001. Доступ 11 июня 2002. <http://www.guideline.gov>
2. National Guideline Clearinghouse. Peptic ulcer disease. University of Michigan health system. Разработан в мае 1996; усовершенствован в мае 1999 года. Доступ 11 июня 2002. <http://www.guideline.gov>
3. Ontario guidelines for peptic ulcer disease and gastroesophageal reflux. Осень 2000. Доступ 11 июня 2002. <http://www.opot.org/guidelines/pudgr.pdf>
4. British Columbia Medical Association. Protocol for detection and treatment of Helicobacter pylori. infection in adults. Введен в действие Январь 2000. Доступ 11 июня 2002. <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/gps/pylori.pdf>
5. Alberta Medical Association. Guideline for treatment of Helicobacter Pylori associated peptic ulcer disease in adults. Разработан в июле 2000 г. Доступ 11 июня 2002. <http://www.albertadoctors.org>
6. Weiss B. 20 common problems in Primary Care. McGraw-Hill companies. 1999. 1-ое издание. стр. 400-412
7. Meurer L, Bower D. Management of Helicobacter pylori Infection. American

- Family Physician 2002;65:1327-36. Доступ 11 июня 2002. www.aafp.org
8. Taylor R. Family Medicine principles and practice. Springer-Verlag New York, Inc. 5-ое издание. Стр 763-765
 9. Схемы тройной терапии язвы луковицы 12-перстной кишки на основе препарата де-нол (результаты мультицентрового исследования). Доступ 20 февраля 2002 www.gastro.ru
 10. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: современные представления. Возможности современных методов диагностики болезней пищеварительного тракта. Доступ 27 февраля 2002 www.cochrain.ru
 11. Роль *Helicobacter pylori* в патологии человека. Доступ 11 марта 2002 www.iasmac.ru



Американский международный союз здравоохранения
1212 New York Avenue, NW, Suite 750
Washington, DC 20005
www.aiha.com