Язвенная болезнь

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K25, K26, K27.0, K27.4, K28.0, K28.4, K31.1, K31.2 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО"

Язвенная болезнь — хроническое рецидивирующее заболевание с язвенным дефектом желудка или двенадцатиперстной кишки; наиболее значимы инфекции H. pylori и применение НПВП. Рекомендация охватывает диагностику и лечение неосложнённых язв, язвенных гастродуоденальных кровотечений и перфорации, включая эндоскопические, эндоваскулярные и хирургические методы.

Главное

- При обострении типична эпигастральная боль: сразу после еды при язве кардиального или субкардиального отдела, через 30–60 минут при язве тела желудка, через 2–3 часа, натощак или ночью при язве пилорического канала и луковицы ДПК. Симптомы не специфичны, поэтому диагноз подтверждают инструментально.
- H. pylori ассоциированы примерно с 80% язв ДПК и 60% язв желудка; H. pylori-негативные язвы чаще связаны с НПВП.
- При язве желудка во время ЭГДС берут не менее 6 биоптатов из наиболее изменённых краёв для исключения злокачественного поражения; после консервативного лечения выполняют контрольную ЭГДС с повторной биопсией. При язве ДПК рутинная биопсия не нужна, кроме случаев подозрения на опухолевый процесс.
- При язвенном кровотечении ЭГДС выполняют всем пациентам в течение первых 2 часов госпитализации, параллельно с инфузионно-трансфузионной терапией; источник и риск рецидива оценивают по Forrest (УУР C, УДД 5; стратификация по Forrest — УУР B, УДД 3).
- При перфорации характерны внезапная кинжальная боль, доскообразное напряжение живота и признаки раздражения брюшины, но их отсутствие не исключает прикрытую или атипичную перфорацию. При подтверждённой перфорации требуется экстренная операция; консервативное лечение не является стандартом.
- Неосложнённое обострение обычно лечат амбулаторно. Госпитализация нужна при упорной боли более 7 дней, неясном характере язвы желудка, осложнениях в анамнезе и тяжёлых сопутствующих заболеваниях.
- После успешной эрадикации H. pylori её результат проверяют через 4–6 недель дыхательным тестом или анализом антигена в кале; ИПН отменяют за 2 недели до исследования, антибиотики и препараты висмута в этот период не принимают.

Диагностика

1. Соберите анамнез: характер и связь боли с едой, язвенные эпизоды, НПВП и антитромботические препараты, кровавую рвоту, мелена, обморок, сопутствующие болезни. При подозрении на перфорацию нужен немедленный осмотр хирургом; опрос не должен задерживать неотложные мероприятия (УУР C, УДД 5).
2. Проведите осмотр с оценкой гемодинамики и признаков кровопотери, пальпацией и перкуссией живота, обязательным пальцевым исследованием прямой кишки при подозрении на ЖКК; при необходимости выполните зондирование желудка (УУР C, УДД 5).
3. При ЯБ выполните общий анализ крови и исследование кала на скрытую кровь (соответственно УУР C, УДД 4 и УУР B, УДД 2). При рефрактерном течении определите гастрин сыворотки для исключения синдрома Золлингера—Эллисона (УУР C, УДД 5).
4. Подтвердите язвенный дефект ЭГДС, определив локализацию, размеры, глубину, состояние дна и краёв, признаки пенетрации, стеноза и рубцовой деформации (УУР C, УДД 5). При невозможности ЭГДС используйте рентгенографию желудка и ДПК (УУР B, УДД 2).
5. Проведите тестирование на H. pylori: предпочтительно 13C-уреазный дыхательный тест или определение антигена в кале; при ЭГДС возможен быстрый уреазный тест (УУР B, УДД 2). Для эндоскопической диагностики берут минимум 2 биоптата из тела желудка и 1 из антрального отдела.

6. При остром ЯГДК срочно определите группу крови AB0, резус- и Kell-принадлежность, общий анализ крови, электролиты, КЩС, мочевину, креатинин и показатели коагуляции; степень кровопотери оценивайте по Горбашко, ACS и шоковому индексу (УУР C, УДД 5 и УУР C, УДД 4).
7. При подозрении на перфорацию начните с обзорной рентгенографии для поиска свободного газа (УУР B, УДД 2); при неинформативных результатах выполните КТ (УУР B, УДД 2), а при сохраняющемся подозрении — контрастное исследование, УЗИ, ЭГДС или диагностическую лапароскопию по клинической ситуации.

Лечение

- При обострении ЯБ назначьте ИПН на 4–6 недель (УУР C, УДД 5): омепразол 20 мг/сут, лансопразол 30 мг/сут, пантопразол 40 мг/сут, рабепразол 20 мг/сут или эзомепразол 20 мг/сут. При противопоказаниях или неэффективности ИПН возможны H2-блокаторы на 4–6 недель.
- При положительном тесте на H. pylori проведите эрадикацию (УУР A, УДД 1). Варианты первой линии: ИПН 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки или 240 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней; либо висмутсодержащая квадротерапия на 10 или 14 дней: ИПН 2 раза в сутки, висмут 120 мг 4 раза в сутки, тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки и метронидазол 500 мг 3 раза в сутки.
- После неудачи стандартной тройной или сочетанной терапии второй линией служит висмутсодержащая квадротерапия (УУР A, УДД 1). После неудачи классической квадротерапии возможна схема с ИПН 2 раза в сутки, левофлоксацином 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллином 1000 мг 2 раза в сутки, с добавлением висмута 120 мг 4 раза в сутки в варианте квадротерапии, курс 14 дней (УУР B, УДД 1).
- При ЯГДК нестабильную гемодинамику первоначально корректируют сбалансированными солевыми растворами; гемотрансфузию проводят при гемоглобине менее 70 г/л, а при кардиоваскулярных заболеваниях порог может быть 90 г/л. При массивной кровопотере поддерживают тромбоциты выше 50 × 10^9/л (УУР C, УДД 5).
- При Forrest F1a–F1b выполняют эндоскопический гемостаз, при F2a–F2b — профилактику рецидива; при F2c–F3 эндоскопическая профилактика не нужна (УУР C, УДД 5). Предпочтителен комбинированный метод: инъекционный гемостаз вместе с термической коагуляцией или клипированием; инъекционный метод не используют как монотерапию.
- После эндоскопического гемостаза при высоком риске рецидива вводят ИПН внутривенно: 80 мг болюсно, затем 8 мг/ч непрерывно 72 часа с последующим переходом на пероральную форму. При низком риске ИПН вводят парентерально 72 часа, затем продолжают перорально до заживления язвы.
- При первом рецидиве кровотечения повторяют эндоскопический гемостаз. При неоднократных рецидивах, устойчивых к эндоскопическому и медикаментозному лечению, выполняют эмболизацию артерий желудка и ДПК; при её невозможности или неэффективности показана операция (УУР B, УДД 2; УУР C, УДД 5).
- При стабильных жизненных функциях предпочтителен лапароскопический доступ, а при нестабильности — лапаротомия (оба положения: УУР B, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно направляйте в хирургический стационар или ОРИТ всех пациентов с признаками острого ЖКК либо обоснованным подозрением на него; при осложнённой ЯБ необходим стационар хирургического профиля.
- Экстренная госпитализация показана при желудочном кровотечении, перфорации или пенетрации язвы.
- Плановая госпитализация нужна при упорной боли более 7 дней, язве желудка, требующей дифференциации с раком, осложнениях в анамнезе или значимых сопутствующих заболеваниях.
- Пациентов с ЯГДК средней или тяжёлой степени, высоким риском рецидива либо сопутствующей патологией оставляют в стационаре до устранения угрозы рецидива и коррекции нарушений, но минимум на 4 суток.
- При стабильном состоянии, передней локализации и небольшом перфоративном отверстии возможна лапароскопическая операция: менее 10 мм при язве желудка и менее 6 мм при язве ДПК. Поздняя госпитализация свыше 24 часов, нестабильность, каллёзная язва, подозрение на малигнизацию, тяжёлый сепсис и другие перечисленные противопоказания требуют отказа от лапароскопического подхода.

Частые вопросы

Как подтвердить H. pylori и когда проверять эрадикацию?

Для первичной диагностики используют 13C-уреазный дыхательный тест или антиген H. pylori в кале; при ЭГДС возможен быстрый уреазный тест (УУР B, УДД 2). Контроль проводят через 4–6 недель после лечения, отменив ИПН за 2 недели; антибиотики и препараты висмута в этот период не принимают.

Какая базисная терапия нужна при обострении язвы?

ИПН назначают на 4–6 недель: омепразол 20 мг/сут, лансопразол 30 мг/сут, пантопразол 40 мг/сут, рабепразол 20 мг/сут или эзомепразол 20 мг/сут (УУР C, УДД 5). H2-блокаторы оставляют для случаев противопоказаний или неэффективности ИПН.

Что делать при язвенном гастродуоденальном кровотечении?

При Forrest F1a–F1b проводят гемостаз, при F2a–F2b — профилактику рецидива, обычно комбинируя инъекционный метод с термической коагуляцией или клипированием.

Когда переливать эритроцитарные компоненты при ЯГДК?

Гемотрансфузию проводят при гемоглобине менее 70 г/л; при кардиоваскулярных заболеваниях порог может быть повышен до 90 г/л. При массивной кровопотере поддерживают уровень тромбоцитов выше 50 × 10^9/л.

Как вести пациента с перфоративной язвой?

Нужны срочный осмотр хирурга, лучевая диагностика и экстренная операция с ликвидацией перфорации; консервативное лечение не рекомендуется из-за высокого риска осложнений и смерти.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/277-yazvennaya-bolezn. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/277_2