Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K25, K26 · Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов"

Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки — хроническое рецидивирующее заболевание с язвенным дефектом слизистой и риском кровотечения, перфорации, пенетрации и стеноза.
Рекомендация ориентирована на детей: главное для практики — подтвердить язву ЭГДС, выявить H. pylori, назначить ИПН и при H. pylori провести 14-дневную эрадикацию.

Главное

- Диагноз подтверждают инструментально: язвенный дефект выявляют при ЭГДС.
- Всем пациентам с подозрением на язвенную болезнь при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение ЭГДС; при язве желудка рекомендуется биопсия из краев язвенного дефекта для исключения злокачественного поражения. УУР С, УДД 4.
- Всем пациентам с ЯБ нужно обследование на H. pylori для решения вопроса об эрадикации: 13С-уреазный дыхательный тест и/или антиген H. pylori в кале/экспресс-тест кала, при ЭГДС — быстрый уреазный тест. УУР С, УДД 5.
- Перед тестированием на H. pylori ИПН отменяют на 2 недели, системные антибиотики и препараты висмута — на 4 недели, чтобы снизить риск ложноотрицательного результата. УУР С, УДД 5.
- При обострении ЯБ всем пациентам назначают ИПН для заживления язвы; ИПН эффективнее Н2-блокаторов для купирования симптомов и рубцевания. УУР 1, УДД А.
- При H. pylori-ассоциированной язве проводят эрадикацию; длительность лечения инфекции H. pylori — 14 дней, схемы выбирают с учетом аллергии, возраста, региональной резистентности и предшествующего приема макролидов/имидазолов. УУР С, УДД 5.
- Осложнения у детей встречаются у 7–10%; чаще всего это кровотечения — 80%, реже стенозы — 11%, перфорации — 8%, пенетрации — 1,5%.

Диагностика

1. Соберите анамнез: характерные боли/диспепсия, рефрактерная к терапии железодефицитная анемия, семейный анамнез; учитывайте, что у детей, особенно младших, течение часто атипичное.
2. Оцените типичные жалобы: интенсивная регулярная боль в эпигастрии или околопупочной области, ночные и «голодные» боли, ранние боли через 30–60 минут после еды или поздние через 2–3 часа, возможны изжога, тошнота, рвота, отрыжка.
3. При осмотре ищите белый налет на языке; при пальпации — болезненность в пилородуоденальной зоне, эпигастрии и правом подреберье; в обострение оцените симптом Менделя.
4. Назначьте развернутый общий анализ крови всем пациентам с ЯБ для диагностики анемии; при дефиците железа/анемии выполните кал на скрытую кровь для поиска скрытого кровотечения. УУР С, УДД 4–5.
5. Подтвердите диагноз ЭГДС; метод описывает локализацию, форму, размер, глубину язвы, состояние дна и краев, признаки пенетрации, рубцовой деформации и стеноза. УУР С, УДД 4.
6. Проведите диагностику H. pylori: 13С-уреазный дыхательный тест, антиген H. pylori в кале или экспресс-тест кала; серологию не используют для первичной диагностики и контроля эрадикации у детей. УУР С, УДД 5.
7. При рефрактерном течении исключайте синдром Золлингера—Эллисона: исследуйте гастрин сыворотки и внутрижелудочный pH; критерий — гастрин натощак 1000 пг/мл в сочетании с pH желудка ниже 2. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Назначьте диетотерапию: питание 5–6 раз в сутки, дробно, с механическим, термическим и химическим щажением; исключают крепкие бульоны, жареное, копченое, соленое, маринованную пищу, специи, лук, чеснок. УУР С, УДД 5.

- При обострении назначьте ИПН. Примеры доз из рекомендации: эзомепразол 15–24 кг — 20 мг 2 раза/сут, 25–34 кг — 30 мг 2 раза/сут, >35 кг — 40 мг 2 раза/сут; омепразол — 1 мг/кг/сут в 2 приема, максимум 40 мг/сут; лансопразол — 1,5 мг/кг/сут в 2 приема, максимум 60 мг/сут.
- Длительность ИПН зависит от ситуации: при неосложненной язве луковицы ДПК — 14 дней вместе с антибактериальной терапией; при неосложненной язве желудка — не менее 8 недель; при осложненной язве желудка или луковицы ДПК — 8–12 недель.
- При H. pylori-позитивной язве проведите 14-дневную эрадикацию. Первая линия: ИПН + амоксициллин + кларитромицин или метронидазол; добавление висмута трикалия дицитрата к тройной терапии повышает эффективность. УУР С, УДД 5.
- Дозы отдельных антихеликобактерных препаратов из рекомендации: метронидазол 15–24 кг — 250 мг 2 раза/сут, 25–34 кг — 500 мг утром и 250 мг вечером, >35 кг — 500 мг 2 раза/сут; кларитромицин 15–24 кг — 250 мг 2 раза/сут, 25–34 кг — 500 мг утром и 250 мг вечером, >35 кг — 500 мг 2 раза/сут; тетрациклин с 8 лет — 25–50 мг/кг/сут в 4 приема, максимум 2000 мг, 14 дней.
- Если первая линия эрадикации не сработала, по возможности повторите ЭГДС с биопсией и определите чувствительность H. pylori; если это невозможно, исходите из вероятной устойчивости к макролидам и метронидазолу и используйте 14-дневные 4-компонентные схемы на основе висмута, высоких доз ИПН, амоксициллина, метронидазола, тетрациклина или фуразолидона. УУР С, УДД 5.
- Контроль эрадикации выполняют не раньше чем через 4–6 недель после окончания антибиотиков и через 2 недели после отмены ИПН; у детей используют 13С-уреазный дыхательный тест или антиген H. pylori в кале. УУР С, УДД 5.
- При подтвержденном язвенном кровотечении вводят ИПН внутривенно, например омепразол, эзомепразол или рабепразол 1–3 мг/кг в течение 1 часа; эрадикацию начинают после перехода на прием препаратов внутрь. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Дети с впервые выявленной ЯБ в фазе обострения проходят обследование и лечение в гастроэнтерологическом или педиатрическом отделении; неосложненные язвы можно вести амбулаторно, хирургические осложнения — в хирургическом отделении.
- Стационар показан при выраженных проявлениях обострения — сильном абдоминальном болевом синдроме и диспепсии, при осложненном или рецидивирующем течении, сочетании с соматической патологией, а также при необходимости дифференциальной диагностики с опухолями.
- При язвенном кровотечении ЭГДС для верификации источника и эндоскопического гемостаза выполняют в течение 24 часов после госпитализации, после стабилизации гемодинамики; раньше — если кровотечение не контролируется консервативно. УУР С, УДД 5.
- Осложненная ЯБ требует экстренной госпитализации в хирургический стационар; хирургическое лечение показано при перфорации, декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе привратника с выраженными эвакуаторными нарушениями и профузном кровотечении, не остановленном консервативно/эндоскопически. УУР В, УДД 3.
- Диспансерное наблюдение проводят всем пациентам с ЯБ; снятие с учета возможно при полной ремиссии в течение 5 лет от начала заболевания или обострения. В среднем осмотр гастроэнтеролога, педиатра или врача общей практики — 1 раз в год. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Чем подтвердить язвенную болезнь у ребенка?

Ключевой метод — ЭГДС: диагноз подтверждают обнаружением язвенного дефекта. При язве желудка берут биопсию из краев язвы для исключения злокачественной природы поражения.

Какие тесты на H. pylori использовать у детей?

Используют 13С-уреазный дыхательный тест, определение антигена H. pylori в кале или экспресс-тест кала; при ЭГДС возможен быстрый уреазный тест. Серологические тесты для первичной диагностики и контроля эрадикации у детей не рекомендуются.

Когда проверять успешность эрадикации H. pylori?

Контроль проводят не ранее чем через 4–6 недель после завершения антибактериальной терапии и через 2 недели после отмены ИПН. Для контроля применяют 13C-уреазный дыхательный тест или антиген H. pylori в кале.

Нужна ли контрольная ЭГДС после лечения язвы у ребенка?

Рутинно в большинстве случаев не нужна. Контрольную ЭГДС выполняют при сохранении симптомов после отмены ИПН, осложненном течении, неизвестной этиологии язвы, рентгенологической диагностике без ЭГДС или подозрении на злокачественную природу язвы.

Какие признаки осложнений язвенной болезни требуют срочной оценки?

Кровотечение проявляется кровью в рвоте, рвотой «кофейной гущей», черным дегтеобразным стулом, слабостью, бледностью, тахикардией и снижением АД. Перфорация типично дает внезапную резкую «кинжальную» боль в эпигастрии и правом подреберье, возможен шок.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/388-yazvennaya-bolezn-zheludka-i-ili-dvenadcatiperstnoj-kishki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/388_3